

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PARENTALIDADE “PREMATURA”: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DA
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS

Vitória, ES

2007

SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS

**PARENTALIDADE “PREMATURA”: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DA
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Zeidi Araujo Trindade.

Vitória, ES

Outubro, 2007

**PARENTALIDADE “PREMATURA”:
UM ESTUDO SOB A ÓTICA DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 18 de dezembro de 2007, por:

Prof^a. Dr^a. Zeidi Araujo Trindade -Orientadora - UFES

Prof^a. Dr^a. Denize Cristina de Oliveira - UERJ

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos - UFPE

Prof. Dr. Sávio Silveira de Queiroz - UFES

Prof^a. Dr^a. Sônia Regina Fiorim Enumo - UFES

À Marília, cujo nascimento prematuro e história de vida despertaram o meu interesse pelo tema.

Aos casais entrevistados que, mesmo em momento de dor, se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Zeidi Araujo Trindade pelo carinho e investimento em minha proposta de pesquisa. Agradecimentos inesgotáveis não apenas pelas orientações acadêmicas, mas por todos os momentos de apoio durante o doutorado;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, especialmente Sônia Regina Enumo Fiorim e Sávio Silveira de Queiroz, pelas importantes sugestões no Exame de Qualificação. Aos professores Lídio de Souza, Maria Margarida Pereira Rodrigues e Paulo Rogério Meira Menandro pelas contribuições a minha formação de doutorado. À Maria Cristina Smith Menandro e Cláudia Broetto Rossetti pelos auxílios inestimáveis na fase final da pesquisa;

Ao Professor Charlie Lewis, da *Lancaster University*, pela acolhida e orientações ao longo do estágio de doutorando no Reino Unido. À família Bremner por todo o suporte e carinho durante meu período de estudos em Lancaster. Aos meus novos amigos Nicholas e Simon e a todos meus amigos brasileiros que residem em Lancaster, pela amizade e momentos de alegria compartilhados;

À professora Maria de Fátima de Souza Santos, da Universidade Federal de Pernambuco pelo carinho e incentivo constante em minhas propostas e sonhos acadêmicos;

À equipe do Instituto PAPAI, em especial Jorge Lyra e Benedito Medrado, pelas sugestões e incentivo, sempre de forma carinhosa;

Aos participantes da REDEPSO (Rede de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia- UFES que contribuíram para na fase de organização dos dados: Beatriz Tesche, Renata Silva, Natália Néspoli, Milena Bertollo e Rafaela Rolke;

Aos meus amigos, companheiros da caminhada na UFES e “incentivadores de plantão”: Alessandra Motta, Angélica Andrade, Adriano Nascimento, Bruno Coutinho, Bruno Ferreira, Célia Nascimento, Daniel Espíndula, Ingrid Gianórdoli-Nascimento, Érika Ferrão, Felipe Pimentel, Gizelly Martins, Kirlla Dornellas, Liana Gama, Luciano Cunha, Mariana Bonomo, Mirian Cortez, Nixon Sesse, Paulo Castelar, Priscilla Martins, Sabrine Coutinho, Rosimeire Martins, Thaís Aragão, Thaís Pimentel, Thaísa Martins e Vaz Neto;

À Lúcia, secretária do PPGP/UFES, pelas ajudas incontáveis, sempre de forma competente e simpática;

À CAPES pelo auxílio financeiro (Bolsa de Doutorado e Bolsa de Estágio de Doutorando) que proporcionou a realização desta pesquisa;.

Aos meus amigos, por me incentivarem e estarem sempre comigo, mesmo quando distantes fisicamente: Anna Renata Lemos, Anne Petty, Bianca Fermiano, Fernanda Freire, Karla Adrião, Pedro Nascimento, Ronaldo Corrêa, Shirley Macedo, Vivian Rios;

Ao meu querido Fernando Fadini por todo carinho e compreensão na etapa final do doutorado;

À toda a minha família, especialmente aos meus pais, pelo amor e apoio ao meu projeto de formação profissional e, principalmente por compreenderem minha ausência necessária durante os anos de doutorado.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 19 |
| 1. 1. Apresentação | 19 |
| 1. 2. Maternidade e paternidade: significados sócio-culturais ancorados no biológico | 21 |
| 1. 3. O hospital: uma breve contextualização..... | 30 |
| 1. 3. 1. A unidade de terapia intensiva neonatal e a chegada de um filho prematuro ... | 32 |
| 1. 4. A psicologia na arena da saúde e uma nova proposta de atuação | 41 |
| 1. 5. A teoria das representações sociais (TRS): uma abordagem psicossocial ... | 43 |
| 1. 6. Ensaando uma articulação: coping e representações sociais | 52 |
| 1. 7. Objetivos | 59 |
| 2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS | 61 |
| 2. 1. Participantes..... | 63 |
| 2. 2. Instrumentos..... | 68 |
| 2. 3. Procedimento de coleta dos dados | 69 |
| 2. 4. Procedimentos de análise dos dados..... | 71 |
| 2. 4. 1. A proposta da <i>Grounded Theory</i> | 71 |
| 2. 4. 2. Utilizando o software QSR N6 como instrumento para a organização dos dados | 86 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 89 |
| 3. 1. Primeiro fenômeno: entrando em contato com uma situação de alto-risco... .. | 90 |
| 3. 1. 1. Condições Causais | 90 |
| 3. 1. 2. Condições Contextuais | 92 |
| 3. 1. 3. Condições Intervenientes | 97 |
| 3. 1. 4. Ações e Interações | 114 |
| 3. 1. 5. Consequências | 122 |
| 3. 2. Segundo Fenômeno: Lidando diariamente com a dor..... | 127 |
| 3.2.1. Condições Causais | 127 |
| 3.2.2. Condições Contextuais | 131 |

| | |
|--|------------|
| 3. 2. 3. Condições Intervenientes | 138 |
| 3. 2. 4. Ações e Interações | 149 |
| 3. 2. 5. Consequências | 171 |
| 3. 3. Terceiro Fenômeno: Aprendendo a ser pai e mãe prematuros | 177 |
| 3. 3. 1. Condições Causais | 178 |
| 3. 3. 2. Condições Contextuais | 184 |
| 3. 3. 3. Condições Intervenientes | 188 |
| 3. 3. 4. Ações e Interações | 203 |
| 3. 3. 5. Consequências | 205 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 225 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 231 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Condição causal do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco..... | 92 |
| Quadro 2: Condições contextuais do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco | 97 |
| Quadro 3: Condições intervenientes do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco | 113 |
| Quadro 4: Ações e interações do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco | 122 |
| Quadro 5: Conseqüências do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco..... | 127 |
| Quadro 6: Condições causais do fenômeno Lidando diariamente com a dor | 130 |
| Quadro 7: Condições contextuais do fenômeno Lidando diariamente com a dor. | 137 |
| Quadro 8: Condições intervenientes do fenômeno Lidando diariamente com a dor. | 148 |
| Quadro 9 : Ações e Interações do fenômeno Lidando diariamente com a dor.... | 169 |
| Quadro 10: Conseqüências do fenômeno Lidando diariamente com a dor..... | 176 |
| Quadro 11: Condições causais do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados”..... | 184 |
| Quadro 12: Condições contextuais do fenômeno: Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados”..... | 188 |
| Quadro 13: Condições contextuais do fenômeno: Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados’..... | 202 |
| Quadro 14: Ações e Interações do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados”..... | 205 |
| Quadro 15: Conseqüências do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados”..... | 208 |
| Quadro 16 : Condições e propriedades do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco | 209 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 17 : Condições e propriedades do fenômeno Lidando diariamente com a dor | 210 |
| Quadro 18: Condições e propriedades do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados” | 211 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE A – Caracterização dos participantes | 253 |
| APÊNDICE B – Termo de consentimento (instituição) | 255 |
| APÊNDICE C – Termo de consentimento (participante) | 256 |
| APÊNDICE D – Roteiro de entrevista | 257 |

Barros, Sibelle Maria Martins (2007). *Parentalidade “prematura”*: um estudo sob a ótica da Teoria das Representações Sociais. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, 258pp.

RESUMO

A maneira como os casais reagem e enfrentam o nascimento prematuro de um filho depende de como compreendem e vivenciam esta nova experiência. Esta, por sua vez, está associada aos significados atribuídos à maternidade e à paternidade, ou seja, às representações de maternidade e paternidade. Partindo desse pressuposto, a presente pesquisa teve como objetivo compreender, sob a luz da Teoria das Representações Sociais (TRS), a experiência de casais cujos recém-nascidos prematuros encontravam-se internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado com 20 casais cujos filhos estavam internados em UTINs de hospitais de Recife-PE. O roteiro de entrevista abarcou os seguintes temas: gravidez/parto; diagnóstico do recém-nascido; filho; maternidade; paternidade; impactos da experiência no relacionamento conjugal e estratégias de enfrentamento. Para a análise dos dados recorreu-se à proposta metodológica da *Grounded Theory*, a qual permite a elaboração de uma teoria sobre os dados por meio da construção de estruturas sobre fenômenos identificados ao longo do processo de análise. Três fenômenos emergiram da análise de dados: Entrando em contato com uma situação de alto-risco; Lidando diariamente com a dor e Aprendendo a ser pai e mãe prematuros. Tais fenômenos permitiram compreender a dinâmica das representações sociais, sobretudo de maternidade e paternidade,

na experiência dos casais estudados. As representações sociais atuaram na interpretação da nova realidade; propiciaram e sofreram influência de sentimentos e emoções de pais e mães e orientaram as estratégias de enfrentamento. Ao mesmo tempo, essas representações sofreram influências constantes do contexto, das relações estabelecidas neste e das estratégias de enfrentamento adotadas pelos casais. A presente pesquisa psicossocial alerta para a importância de se considerar o papel do contexto sócio-cultural na investigação das experiências vivenciadas pelos sujeitos na arena da saúde. Pretende também subsidiar propostas de intervenção voltadas aos pais e mães “prematureiros” com o objetivo de facilitar o enfrentamento da situação e a aprendizagem do exercício da parentalidade “prematura”.

Palavras-chave: representação social, maternidade, paternidade, parentalidade, prematuridade, estratégias de enfrentamento.

Barros, Sibelle Maria Martins (2007). *"Premature" parenthood: a study on Social Representation Theory*. Doctoral thesis, Postgraduation Program in Psychology, Human and Natural Sciences Center at Federal University Of Espírito Santo, 258pp.

ABSTRACT

The way couples react and cope with the premature birth of a child depends on how they comprehend and live this new experience. This, in turn, is associated to the meanings assigned to motherhood and fatherhood, or the representations of motherhood and fatherhood. Stemming from this presumption, the present research aimed to understand, under the light of Social Representation Theory (SRT), the experience of couples whose premature newborns had been hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Individual interviews with a semi structured script were performed with 20 couples whose children were under NICU treatment in Recife (Pernambuco state, Brazil). The interview script covered the following themes: pregnancy/parturition; newborn diagnostics; son; motherhood, fatherhood, impacts of the experience on conjugal relationship and coping. For data analysis was chosen the methodology proposal of the Grounded Theory, which allows the formulation of a theory about the data through the construction of structures on identified phenomena throughout the analysis process. Three phenomena emerged from the data analysis: Coming to contact with a high-risk situation; Coping daily with the pain; and Learning to be premature father and mother. Such phenomena allowed comprehending the dynamics of

social representations, mainly on motherhood and fatherhood, in the experience of the studied couples. The social representations acted in the interpretation of the new reality; provided and were influenced by feelings and emotions of fathers and mothers; and guided the coping strategies. At the same time, these representations suffered constant influences of the context, the established relations in it, and of the coping strategies adopted by the couples. The present psychosocial research alerts to the importance of considering the role of the socio-cultural context in the investigation of the experiences lived by the subjects regarding health. It is also intended to subsidize intervention proposals aimed to “premature” fathers and mothers with the objective of facilitating coping with the situation and learning while exercising the “premature” parenthood.

Keywords: social representation, maternity, paternity, parenthood, prematurity, coping strategies.

Barros, Sibelle Maria Martins (2007). *Parentalité "prématurée"*: une étude sous l'optique de la Théorie des Représentations Sociales. Thèse de Doctorat, Programme de Pós-Graduação em Psicologia, Centre de Sciences Humaines et Naturelles de l'Université Fédérale de l'Espirito Santo, 258pp.

RÉSUMÉ

La façon dont les couples réagissent et font face à la naissance d'un enfant prématuré dépend de leur compréhension et de leur vécu en ce qui concerne cette nouvelle expérience. Celle-ci, à son tour, est associée aux sens attribués à la maternité et à la paternité, c'est à dire, aux représentations de la maternité et de la paternité. Fondée sur cette prémisse et sur la Théorie des Représentations Sociales (TRS), cette recherche a eu comme objectif comprendre l'expérience de couples dont les nouveaux nés prématurés sont hospitalisés dans une Unité de Thérapie Intensive Néonatale (UTIN). Il a été réalisé des entretiens semi-structurés individuelles, auprès de 20 couples dont les enfants étaient hospitalisés dans des UTIN des hôpitaux de Recife (Pernambuco), sur les thèmes suivants: grossesse/accouchement; diagnostic du nouveau né; enfant, maternité, paternité; l'impact de l'expérience sur les rapports conjugaux, et les stratégies d'affrontement aux situations. Pour l'analyse des données, on s'est servi de la proposition méthodologique de la *Grounded Theory* qui permet l'élaboration d'une théorie sur les données, parmi la construction de structures sur les phénomènes identifiés au cours du processus d'analyse. Trois phénomènes ont émergé de l'analyse des données: le contact avec une situation nouvelle de haut risque; le

vécue quotidien de la douleur; l'apprentissage d'être père et mère de prématuré. Ces phénomènes ont permis de comprendre la dynamique des représentations sociales, surtout de la maternité et de la paternité, dans l'expérience des couples étudiés. Les représentations sociales ont influencé l'interprétation de la nouvelle réalité, elles ont rendu possible des sentiments et des émotions de parents et ont orienté les stratégies d'affrontement adopté par les couples. Au même temps, les représentations ont été soumises à l'influence du contexte, aux sentiments et émotions de parents, aux rapports qui se sont établies et aux stratégies d'affrontement adopté par les couples. Les résultats obtenus mettent en lumière l'importance du rôle du contexte socioculturel dans la recherche sur les expériences vécues par les sujets dans la dure réalité de la santé et sur le besoin de rendre plus facile aux parents « prématurés » le processus de faire face à la situation et l'apprentissage de l'exercice de la parentalité "prématuré".

Mots clés: représentation sociale, maternité, paternité, parentalité, prématurité, stratégies d'affrontement.

1. INTRODUÇÃO

1. 1. Apresentação

O surgimento do ideário do amor romântico, por volta do final do século XVIII, viabilizou transformações e influências no âmbito familiar, afetando principalmente o universo feminino. De acordo com Giddens (1993) as influências diziam respeito à criação do lar, à modificação das relações entre pais e filhos e à invenção de uma nova maternidade. No caso das relações entre pais e filhos, o padrão das interações foi alterado, havendo uma ênfase no aspecto emocional. A mulher passou a ter um controle maior sobre as crianças, consideradas então como vulneráveis e necessitadas de um treinamento emocional.

Segundo Rocha-Coutinho (1994) o novo conceito de maternidade surgiu com a ascensão da burguesia, da sociedade industrial e do capitalismo. A partir de então, surgiu também um novo conceito de família, caracterizada, sobretudo, pelo afeto, tendo os pais como principais responsáveis pelo espaço familiar. Neste ínterim, a criança adquiriu valor social, sendo representada como um ser frágil que possuía necessidades e características específicas de sua idade. Não se pode esquecer que em séculos anteriores ao século XVIII a criança era considerada um adulto pequeno ou um tipo de animação para os adultos (Ariés, 1981).

Desde tais transformações, a partir do século XVIII, as crianças têm sido valorizadas na sociedade ocidental e os cuidados dispensados a elas há muito ultrapassaram a barreira do universo privado.

Com os discursos e estratégias da Igreja e do Estado, que impulsionaram o surgimento do amor romântico e a emergência de uma nova representação social

da criança, forjou-se uma nova família, um novo modelo de casamento. O amor conjugal, considerado um amor contido que resguardava a moral, se sobrepunha ao amor apaixonado, responsável pelas instabilidades do espírito: “O bom amor era recompensado com a paz divina; a paixão, com a morte” (Del Priore, 1993, p.128).

No Brasil, as políticas de higiene no início do século XX reforçaram esses modelos e valores burgueses. Como explica Costa (1999), o cuidado com as crianças passou a ser um ato de amor, sendo a maternidade e a paternidade finalidade primordial do homem e da mulher. Assim, a criança aos poucos foi se tornando objetivo último dos casais, representando um fruto do amor e da união dos cônjuges.

Mesmo com os novos arranjos familiares e conjugais na atualidade, a presença da criança ainda parece ser indispensável para muitos casais. Na classe média, como aponta Heilborn (1995), existe novas formas de organização familiar e conjugal, respaldadas por uma ideologia igualitarista entre homens e mulheres, rompendo com os modelos tradicionais de família. Contudo, apesar dessas novas configurações, a maternidade e a paternidade, para muitos casais, ainda continuam sendo desejadas, inclusive para as famílias pobres, como sublinha Sarti (1996), que não dissociam o ter filhos do casamento, já que estes concretizam e dão sentido à união. Considerando a importância do filho para os casais, o presente estudo tem como objetivo investigar como estes vivenciam a experiência de ter um filho prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), utilizando como aporte teórico a Teoria das Representações

Sociais. Realizar estudos sobre família, especificamente sobre representações sociais, implica resgatar o processo de construção sócio-histórica de tais objetos sociais e dos papéis de gênero, compreendendo as transformações ocorridas ao longo do tempo. Sendo assim, não se pode esquecer também que essa discussão remete inevitavelmente à construção do feminino e do masculino, considerando suas subjetividades e relações socialmente determinadas. Nada mais apropriado uma vez que as representações sociais são elaboradas de acordo com o contexto sócio-histórico em que surgem.

Tanto a maternidade quanto a paternidade inscrevem-se “num sistema de códigos articulados e estruturados ideologicamente, indissociável das concepções correntes de homem, mulher, família, criança” (Santos, Novelino & Nascimento, 2001, p. 270-271). Não considerar a presença dessa rede de significações nas representações de maternidade e paternidade denuncia uma análise limitada desses objetos. Através da análise do processo de ancoragem destas representações, como defende Trindade (2002), é possível investigar os variados significados vigentes a partir de suas dimensões sócio-contextual, cultural e histórica, dando visibilidade à complexidade destes objetos, ao mesmo tempo em que se pode ter uma maior compreensão dos mesmos em relação aos grupos a serem estudados.

1. 2. Maternidade e paternidade: significados sócio-culturais ancorados no biológico

Como afirmam vários autores (Badinter, 1985; Del Priore, 1993; Giddens, 1993; Block, 1995; Costa, 1999), o casamento, na Europa pré-moderna, visava à

garantia financeira e à perpetuação da linhagem das famílias. Com o advento do amor romântico, a partir do final do século XVIII, o amor se vincula com a liberdade e a auto-realização individual. Entretanto, este amor também está associado à virtude e ao respeito, em oposição às compulsões sexuais e eróticas, características do amor apaixonado.

Com a separação entre o lar e o local de produção, o domínio do homem sobre a família enfraqueceu e, à medida que as famílias ficavam menores, a mulher exercia um controle maior sobre a criação dos filhos, fortalecendo a idealização de mãe e os valores do amor romântico, como comenta (Giddens, 1993): "As idéias sobre o amor romântico estavam claramente associadas à subordinação da mulher ao lar e ao seu relativo subordinação do mundo exterior" (p. 54). As mulheres tinham como papel principal a manutenção do lar, que implicava, sobretudo, a responsabilidade para com os filhos. Cria-se a imagem da esposa-mãe, associando a maternidade à feminilidade.

Badinter (1985) aponta que antes do surgimento do amor romântico e da ideologia do amor materno, havia outra forma de compreender a maternidade. Segundo essa autora, as mães francesas do século XVIII se preocupavam especialmente com os seus maridos e ocupavam o tempo entre tais cuidados e a vida social, preferindo manter suas vidas sociais e seus lugares na corte. O amamentar e o cuidar eram entregues às amas, tutores e governantas, pois estes atos, naquela época, não tinham o valor atualmente atribuído por nossa cultura ocidental. Algumas mães acreditavam que o leite materno era um suco precioso e que, portanto, deveria ficar retido; outras utilizavam o argumento estético, entre

vários outros argumentos lançados para transferir os cuidados maternos. Primeiramente um costume das mulheres aristocratas (até o século XVI) e depois de mulheres de outras camadas sociais (século XVIII), a contratação de amas foi se tornando procedimento corrente, exceto para as camponesas que trabalhavam e cuidavam dos seus filhos. Como a maioria das amas-de-leite morava longe da cidade, muitas crianças não retornavam aos seus lares e às vezes morriam no caminho. Apesar desses episódios, que hoje podem ser considerados desumanos, tais práticas eram aceitas naquele tempo devido à existência de outros valores e costumes de época.

A construção de uma nova maternidade, de acordo com Badinter (1985), se iniciou no final do século XVIII impulsionada pela preocupação do Estado em garantir, por meio das pessoas, suas futuras riquezas e poder militar. Dessa forma, o alto índice de mortalidade infantil tornou-se preocupante, levando o Estado a recorrer à ajuda de intelectuais, adotando, por conseguinte, vários discursos (econômicos, religiosos, científicos) incentivando as mães a aderirem à amamentação e aos cuidados dos filhos.

Quanto à paternidade, entre os séculos XII e XIX, o modelo vigente era o da paternidade patriarcal (Rotundo,1985). Este modelo era caracterizado pelo poder e autoridade do pai e reforçava a condição feminina como inferior. Segundo Badinter (1985), o discurso teológico legitimava a autoridade do homem como marido e pai, distorcendo até o discurso de Cristo, o qual pregava a igualdade dos cônjuges: "A imagem do pai e do marido ocupando o lugar de Cristo suplantou a igualdade proclamada por esse mesmo Cristo" (p.36). No entanto, o poder do pai

foi aos poucos sendo restringido pela Igreja e pelo Estado, com suas políticas de intervenção. Apesar disso, ele ainda continuava a ser o responsável pela esposa, controlando os seus comportamentos que eram prescritos pelos discursos do Estado e da Igreja.

No Brasil, como destaca Del Priore (1993; 2000), durante os primeiros séculos de colonização havia preocupação em aumentar o povoamento e o número de brancos, para a garantia dos poderes da metrópole portuguesa. Assim, com seu projeto normatizador e para atender seus interesses, a Igreja procurou impor a instituição matrimonial, ditando os comportamentos relacionados à sexualidade que eram “adequados”. Foi incentivada a imagem da mulher ideal para casar: a “santa-mãezinha”, uma mulher obediente, submissa, assexuada, que se dedicava aos filhos e ao lar. Criava-se uma ideologia da identidade feminina ancorada na maternidade.

No processo de convencimento e reforço da boa maternidade, também se recorreu à natureza, comparando as mulheres com as fêmeas, no intuito de legitimar e fazerem-nas adotar os novos modelos de comportamentos condizentes com a nova maternidade. Entretanto, apesar das alterações fisiológicas pós-parto que ocorrem com as mães e que favorecem um relacionamento mais íntimo entre mãe e filho (o qual pode acontecer ou não), não existe um fator biológico que determine a qualidade dos cuidados maternos e o amor ao filho, como afirma (Hrdy, 2000):

em termos subseqüentes de apego mãe-bebê, essas primeiras horas e dias estão mais perto de ser uma bela idéia do que uma ‘necessidade biológica’

.... Ao contrário do que ocorre com as ovelhas, a ligação instintiva logo após o nascimento não é essencial, em absoluto, para o desenvolvimento do amor. Pode, porém, facilitar o processo (p. 507).

As transformações na esfera privada, que refletiam interesses políticos e econômicos, foram delineando os papéis de homem e de mulher, de marido e de esposa, de pai e de mãe, circunscrevendo a mulher ao espaço privado e o homem ao espaço público.

A adoção do modelo de família burguesa e as constantes intervenções institucionais fizeram com que os pais se sentissem inseguros quanto aos seus cuidados. Surgiu então um movimento com livros e conselhos de profissionais ensinando como as mães deviam educar seus filhos, estando implícita a idéia de uma maternidade universal (Kitzinger, 1978). Essas regras e modelos, reforçados pelas instituições médicas e educacionais, por exemplo, mantiveram o controle do Estado sobre seus cidadãos (Woollett & Phoenix , 1991). No entanto, no dia-a-dia, as mães e os pais se deparam com várias dificuldades, tornando cada vez mais distante o ideal de mãe e pai.

A multiplicidade de fatores imbricados nas práticas parentais, algumas delas discutidas anteriormente, desmistifica a idéia de uma única forma de maternagem ou de paternagem. Embora hoje se tenha um maior reconhecimento da importância dos processos sociais e culturais em relação aos papéis parentais e apesar das transformações que ocorreram na esfera feminina e masculina, os resquícios do determinismo biológico ainda estão presentes no pensamento social, orientando as práticas em relação à maternidade e à paternidade.

Parseval (1986) chama atenção para a importância de uma abordagem transcultural guiada por uma reflexão etnológica sobre a paternidade: “conhecer esses modelos ‘diferenciais’ de comportamento mostra a que ponto as idéias feitas neste campo constituem um biombo ideológico que se sobrepõe à realidade fisiológica” (p.17). Estudando o envolvimento paterno a partir de uma abordagem transcultural, Toth Jr. e Xu (1999) sublinham a variedade de padrões de envolvimento paterno de acordo com o grupo racial e étnico em pesquisa realizada nos Estados Unidos da América. Eles puderam constatar algumas diferenças investigando três grupos de pais: afro-americanos, hispânicos e brancos. Pais afro-americanos, por exemplo, supervisionam e controlam mais seus filhos do que os pais brancos, mas não diferem destes em termos de demonstração de afeto para com a criança. Hispânicos também controlam e supervisionam mais os filhos do que os pais brancos, assim como gastam mais tempo e interagem mais com os filhos do que estes. Apesar destes resultados, outros estudos são necessários no sentido de conhecer um pouco mais as diversidades possíveis para o exercício da paternidade.

Comumente se fala que ser mãe é padecer no paraíso. Mas, e ser pai?

Apesar da submissão feminina, as mulheres também tinham estratégias e poder no espaço privado - sobre os filhos, a casa e a família de um modo geral - de forma que também podiam utilizar essas estratégias a seu favor. Observa-se ainda hoje a presença do poder, às vezes simbólico, das mulheres quando muitas delas se recusam a delegar cuidados com a casa e com o filho ao marido, desqualificando os cuidados deste quando ele deseja colaborar. Talvez estes

comportamentos sejam justificados ao se considerar que às mulheres foi designado o lar e que, uma vez sendo responsáveis por este espaço, elas o defendem. Neste movimento, perpassa a idéia de que, por serem do sexo feminino, desempenham melhor as tarefas domésticas.

A ideologia do amor materno se enraizou no pensamento social de tal forma que se faz presente em diferentes camadas sociais e classes profissionais. Como observaram Resende e Alonso (1995), as mulheres, assim como os profissionais de saúde, muitas vezes não compreendem e nem estimulam os cuidados paternos. Em seu estudo, as autoras mostram o interesse e prazer que vários pais sentem no cuidado com seus bebês, mas os estereótipos femininos e masculinos sobressaem, direcionando a atenção dos profissionais de saúde para a mãe, ignorando a presença do pai.

Mesmo diante desse quadro, o interesse por uma maior aproximação ou a própria participação paterna nos cuidados infantis cresce cada vez mais e as pesquisas mostram o surgimento de novas relações entre pai e filho (Ridenti, 1998; Trindade, 1999; Maridaki-Kassotaki, 2000; Siqueira, Mendes, Finkler, Guedes & Gonçalves, 2002; Trindade & Menandro, 2002).

A inserção da mulher no mercado de trabalho, para Ridenti (1998)

(...) de certa forma favoreceu alguma participação masculina na esfera doméstica e no cuidado com os filhos, alterando os arranjos domésticos e instituindo outras formas de relação entre homens e mulheres e entre adultos e crianças (p.167).

Por outro lado, como sublinha Siqueira (1990), para muitos homens, é difícil não corresponder ao modelo de homem tradicional: “Na realidade, corresponder à masculinidade hegemônica significa um esforço considerável no sentido do adestramento do corpo e das emoções. Este adestramento tem como preço a exclusão do masculino das trocas afetivas significativas” (p.192). Seguindo este modelo alguns pais, por exemplo, não expressam seus sentimentos, o que não significa ausência de afeto para com os filhos.

Corneau (1991) além de alertar para a despreocupação por parte dos profissionais com os possíveis conflitos que surgem com a paternidade, afirma que a não demonstração dos afetos e da sensibilidade por parte do homem pode estar vinculada ao medo da perda da masculinidade, ao medo de ser considerado homossexual, sendo difícil para alguns homens se desfazerem do modelo tradicional.

Um estudo (Barros & Trindade, 2002) que tinha como objetivo principal identificar os elementos das representações de maternidade e paternidade entre mães com filhos internados em uma UTIN de um hospital público de Vitória – ES evidenciou dados interessantes. Verificou-se que a maioria das mães observadas assumia quase total responsabilidade pelo filho, se sobrecarregando principalmente no período de internação deste. Fato curioso foi que através de seus relatos, constatou-se que algumas delas optavam por deixar os pais afastados da UTIN e dos cuidados com os filhos, ainda que estes se mostrassem interessados por uma ligação mais próxima com o bebê. Paradoxalmente, elas se queixavam, sobretudo, da ausência dos pais e da pouca preocupação deles em

relação aos filhos. Parece que a mulher ainda não sabe como agir diante deste novo pai que surge, um pai afetuoso, preocupado e que cada vez mais tem demonstrado suas emoções.

Com interesse em saber qual a importância da paternidade para homens que procuravam tratamento para a esterilidade, Costa (2002) verificou que a paternidade era considerada fundamental para os homens casados, pois comprovava sua masculinidade. Contudo, a paternidade não se resume à capacidade de gerar filhos, mas também à capacidade de sustentá-los e educá-los, sendo indispensável o trabalho, responsabilidade masculina e referência fundamental para a paternidade. Uma outra questão pontuada por Costa (2002) diz respeito ao surgimento do desejo da paternidade e da maternidade. A paternidade foi concebida como um desejo que vem de acordo com o tempo, um projeto futuro diferentemente da maternidade, “plano desde sempre elaborado no passado feminino” (p.344).

Nos últimos anos os sentimentos dos pais têm alcançado maior visibilidade, como na pesquisa realizada por Samuelsson, Radestad e Segesten (2001) com pais que perderam seus filhos antes do nascimento. Neste estudo, foi constatado o sofrimento dos pais que relataram sentimentos de vazio, profunda dor e paralisação diante da notícia da morte do filho. Eles também apontaram para a necessidade de um maior suporte profissional dirigido a eles com objetivo de fazê-los compreender melhor o que estava acontecendo, podendo assim apoiar suas companheiras.

Por outro lado, percebe-se que as transformações dos modelos parentais têm ocorrido em níveis diferentes. Não se pode esquecer que, apesar da construção de novas relações entre pai e filho, se alguns pais optam por assumir e cuidar da criança, outros desejam uma aproximação com o filho baseada em moldes tradicionais, por ainda considerar a mãe como a principal responsável (Pollock, Bustamante-Forest & Giarratano, 2002). Os novos modelos e valores que estão sendo criados interagem como modelos arcaicos já consolidados, gerando hábitos e costumes contraditórios, mas também construindo novas formas de ser (Siqueira, 1990) e representações reconfiguradas.

Para melhor compreender as experiências parentais frente ao nascimento de um filho prematuro com alto risco de vida, não é suficiente considerar apenas as construções sócio-históricas da maternidade e da paternidade. Não se pode deixar de delimitar e conhecer o contexto a partir do qual estes pais vão falar sobre suas experiências, pois o discurso dos mesmos será também influenciado pelas representações sociais sobre o hospital e especificamente sobre a UTIN, embora não se tenha como objetivo apreender tais representações no presente estudo.

1. 3. O hospital: Uma breve contextualização

Na Antigüidade, o hospital era considerado um lugar de hospedagem dos enfermos, viajantes e peregrinos, sendo sua finalidade mais social do que terapêutica (Campos, 1995). Com a influência do cristianismo e considerando que os enfermos eram desprovidos financeiramente, o homem passou a se preocupar

com o seu semelhante e dar assistência àqueles que necessitavam, legitimando o hospital por esta função prioritariamente social.

A prática da Medicina, naquela época, era exercida nos domicílios dos próprios pacientes, contudo, através do desenvolvimento da mesma, foram surgindo os hospitais com finalidade curativa, para os quais eram encaminhados os doentes a fim de se realizar uma assistência mais especializada.

Com o desenvolvimento dos conhecimentos de natureza preventiva e com o aperfeiçoamento de medidas nesta área foram criadas unidades de saúde, com o objetivo atender às necessidades das comunidades. Mesmo com esta mudança, os hospitais permaneceram desenvolvendo atividades curativas.

Somente em um terceiro momento deste processo de evolução houve uma superação da divisão entre atendimento curativo e preventivo, tendo o hospital o dever de atingir a população de um modo geral, prestando tanto assistência médica curativa como preventiva.

Apesar deste processo de evolução hospitalar e da contribuição do avanço tecnológico para o tratamento e cura das doenças, o modelo curativo de atuação na área de saúde permanece. Ainda se tenta realizar procedimentos e maneiras mais eficazes de curar determinadas patologias, mas não se dá ênfase à prevenção. O fato de o hospital ter como condição de existência a doença termina criando no imaginário social representações negativas que repercutem no processo de adoecer do sujeito. A forma de funcionar do hospital, tendo em vista o modelo curativo, colabora para a associação do mesmo à doença e à morte, principalmente quanto se trata da Unidade de Terapia Intensiva. Esta instituição

significa, para muitos, uma realidade difícil de ser compreendida e enfrentada, pelas próprias vivências dolorosas e por sua estrutura, incluindo as diversas clínicas médicas, equipamentos e linguagem utilizada pela equipe.

1. 3. 1. A unidade de terapia intensiva neonatal e a chegada de um filho prematuro

As transformações nas representações da infância forjaram uma imagem da criança como um ser indefeso que necessita de proteção e cuidados. Na arena da saúde, delinearam-se novas práticas especializadas para atender as crianças e garantir sua saúde e sobrevivência. Segundo Martins (2002) a Neonatologia, especialidade referente aos recém-nascidos, surgiu porque a Pediatria já não conseguia dar conta das diferenças existentes entre o recém-nascido e o lactante e as diferentes mudanças na vida da criança. Havia a necessidade de um corpo de conhecimentos e práticas mais especializados para o recém-nascido. Dessa forma, para a garantia da sobrevivência dos bebês com alto risco de vida e/ou prematuros (nascimento ocorrido antes de 37 semanas de idade gestacional), criou-se a UTI Neonatal.

Martins (2002) ainda destaca que, no século XIX, era comum a aceitação das altas taxas de mortalidade infantil nos primeiros dias de vida. Os tratamentos não eram suficientes para garantir a sobrevivência dos recém-nascidos. No final do século XIX, considerando a melhoria das condições sociais e econômicas e o avanço científico e tecnológico da área da saúde nos países desenvolvidos, tanto a mortalidade materna como a mortalidade dos recém-nascidos declinou. Desde então se iniciaram uma série de pesquisas na área da Neonatologia, que se tornou mundialmente reconhecida a partir de 1970. No Brasil, criou-se a primeira

UTIN em 1974 ainda sem grandes investimentos governamentais. Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, promovendo políticas de intervenção para garantir melhores condições da saúde materna e do recém-nascido, através da assistência pré-natal e humanização do parto e do nascimento.

Apesar dos avanços ocorridos na área de Neonatologia, que permitem um aumento da taxa de sobrevivência dos bebês, geralmente existe uma preocupação maior (sendo muitas vezes a única) com a sobrevivência da criança. Muitos profissionais não dão a devida importância a outros aspectos como o desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê. Segundo Martins (2002) a literatura médica tem apontado que o neonato não é um sujeito passivo, mas tem capacidade de interagir e se adaptar ao meio ambiente. Apesar destas constatações, em entrevistas realizadas com neonatologistas de um hospital público, a autora verificou que eles compreendiam o prematuro como um organismo imaturo e sem condição de interagir com o ambiente. Sendo assim, muitas vezes não existe a preocupação com os possíveis efeitos negativos que o ambiente da UTIN proporciona ao bebê. O barulho dos aparelhos e das pessoas que estão em rotatividade; o constante manuseio e as intervenções médicas; o excesso de luminosidade e; a ausência de um contato maior que permita o toque e palavras endereçadas ao bebê, entre outros fatores, podem trazer sofrimento ou dificultar a melhora do recém-nascido. É imprescindível, para Martins (2002)

(...) o entendimento de que o prematuro, após a estabilização do quadro clínico, apresenta capacidade de interação com o ambiente e que essa

interação, e conseqüente mudança no comportamento, é essencial para o desenvolvimento cognitivo posterior poderá estimular uma reflexão sobre a prática diária do cuidado intensivo neonatal (p.97).

Em relação aos pais, de acordo com McVeigh e Baafi (2002), o nascimento de uma criança exige um processo de adaptação, tanto para a mulher quanto para o homem, que uma vez ignorado pode vir afetar a qualidade da relação conjugal e da relação entre pais e filhos. Quando uma criança está seriamente enferma o *stress* parental é considerado esperado e inevitável, demandando ajuda principalmente do corpo de enfermeiros, profissionais que estão mais em contato com os pais (Noyes, 1999).

O descobrimento da deficiência de um filho, tanto no seu nascimento quanto no seu crescimento, representa o fim do sonho de criar um ser perfeito e requer que os pais façam o luto da criança idealizada durante o período de gestação para, assim, aceitar esta criança com suas reais potencialidades (Bazon, Campanelli e Blascovi-Assis, 2004, p.94),

De acordo com Druon (1999) no caso do recém-nascido com risco de vida paira a dúvida a respeito da sobrevivência e normalidade da criança. Nesta circunstância, geralmente duas situações aparecem: conflitos mais ou menos intensos entre os membros do casal e dificuldade dos pais em se sentirem pais, por ficarem abalados emocionalmente. Entretanto, quanto às afirmações acima, deve-se ter cuidado, sobretudo para não generalizar estas situações que podem acontecer, mas que não são imperativas porque os casais se diferenciam, possuem histórias de vida distintas e pertencem a grupos sociais diversos.

Em relação à primeira situação deve-se considerar que, a despeito de seu caráter estressante, alguns casais podem conseguir lidar com esta experiência sem grandes conflitos ou até sem qualquer conflito conjugal, dependendo da relação de par. Também se deve ter em vista que eventos estressantes e/ou traumáticos, como pode ser o nascimento de um filho prematuro ou com alto risco de vida, podem acarretar reflexos na relação conjugal, desencadeando conflitos que unem ou separam os cônjuges (Trindade, 1991). Dessa forma, as dificuldades podem trazer conseqüências tanto negativas quanto positivas para a relação destes pais.

A segunda situação citada por Druon (1999) também deve ser ponderada, pois existe a possibilidade de certos pais e mães assumirem seus papéis mesmo tendo um bebê que apresenta risco de vida e apesar da UTIN dificultar a aproximação dos pais com o seu bebê.

Ter um filho prematuro com alto risco de vida e às vezes apresentando alguma malformação congênita, geralmente é uma experiência dolorosa e estressante. A culpa, a tristeza e o sentimento de inferioridade podem ser os sentimentos mais comuns e não estão presentes apenas entre as mulheres (Alfaya & Shermann, 2001). Todavia, é principalmente entre as mães que se encontra a consideração da prematuridade do filho como decorrente de um defeito pessoal seu. Diante de sentimentos negativos, como raiva e impaciência, as mães podem apresentar dificuldades para expressá-los, com medo de reprovação social porque tais sentimentos, para elas, podem indicar desamor, um descaso para com o filho.

Klaus e Kennel (2000) tecem algumas considerações interessantes, apesar da maioria de seus estudos terem um viés tradicional de responsabilização da mãe pelos cuidados e saúde do bebê (presente em vários outros estudos de Psicologia do Desenvolvimento). Para esses autores é comum que as mães tenham dificuldades para serem calorosas com seus bebês prematuros, pois precisam de um tempo para se adaptar àquele novo bebê, para compreender o diagnóstico e para se acostumar também ao ritmo de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Embora estes sentimentos e necessidade de adaptação possam estar presentes com maior frequência para as mães, não podemos esquecer que o pai pode passar por um processo semelhante. Devido à escassez de estudos sobre o pai neste contexto, faltam informações sobre a repercussão de ter um filho prematuro para o casal. Vários estudos foram realizados enfocando a criança deficiente ou debilitada e sua família (Telford & Sawrey, 1988; Pereira & Martins, 1998; Amaral & Magna, 1999; Pelchat, Ricard, Bouchard, Perreault & Saucier, 1999), mas pouco se sabe sobre a família do prematuro, principalmente sobre o pai.

Os estudos acerca dos papéis parentais e principalmente sobre a criança ainda focalizam prioritariamente a figura materna. Rodrigues e Trindade (1999), intrigadas com a ausência da figura paterna nas pesquisas sobre o desenvolvimento infantil, resolveram investigar em um manual de Psicologia do Desenvolvimento editado na década de 70 do século XX a importância atribuída ao pai e à mãe no desenvolvimento infantil. Foi verificado que o pai era pouco citado, tendo, portanto, pouca expressividade. Constatou-se que a palavra mãe

estava associada às relações afetivas positivas enquanto a palavra pais (pai e mãe) era associada às relações afetivas negativas, revelando, desta forma, as concepções tradicionais em torno do homem e da mulher, figura ideal e imprescindível para o desenvolvimento da criança. A mãe aparecia com mais frequência referida a questões intra e extra-familiares enquanto o pai teve presença mais significativa apenas nos textos que discutiam as consequências de sua ausência.

Posteriormente, tentando investigar como as revistas de divulgação dirigidas aos pais tratavam questões ligadas ao desenvolvimento infantil, Rodrigues (2000) analisou artigos e reportagens das décadas de 60 e 90 do século XX de uma revista de divulgação específica. A partir da comparação dos resultados, foi constatado um aumento de citações das palavras gestante e mãe entre essas duas décadas, demonstrando a incorporação da idéia por parte do senso comum de que o desenvolvimento precoce é extremamente importante e vinculado com a da figura materna. Também foi constatada a concepção de que o bebê está predisposto a se vincular com uma figura (monotropismo), que como os dados sugerem, tende a ser a mãe. A família enfatizada nos anos 90 foi a nuclear, contrariamente à família extensa dos anos 60. Com esta mudança, torna-se compreensível a pouca referência aos irmãos como também a outras pessoas sem vínculo de parentesco com a criança. Diante de tais dados, percebe-se que as teorias sobre o desenvolvimento infantil, calcadas em concepções tradicionais sobre os papéis parentais, ultrapassaram o âmbito científico e, ao longo dos anos, foram incorporadas no pensamento social, exercendo papel normativo em relação

às práticas concernentes ao cuidado infantil, perpetuando cada vez mais a responsabilidade materna.

Nos estudos sobre hospitalização infantil, também pouco se tem falado do pai, tanto no que concerne à sua importância quanto às suas vivências pessoais. Geralmente, encontramos pesquisas que levam em consideração os pais (mães e pais), mas dificilmente o pai é o centro do estudo.

Alguns estudos acerca do *coping*¹ (ou, em português, estratégias de enfrentamento) utilizado por pais e mães foram realizados, em sua maioria nas décadas de 80 e 90 do século XX. Noyes (1998) relata um estudo realizado por Miles e Carter (1985) que tinha como objetivo designar os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais durante a hospitalização de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Segundo ela, os resultados indicaram que os pais geralmente utilizavam mais as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema do que as estratégias focalizadas na emoção, sugerindo que as primeiras eram mais eficientes nesta situação. Contudo, como este estudo não compreendeu um período longo e nem incluiu as estratégias utilizadas pelas famílias, não se pode ter uma compreensão abrangente sobre o *coping* utilizado pelos pais (Noyes, 1998).

LaMontagne e Pawlak (1990) em pesquisa com 24 mães e seis pais cujos filhos estavam hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, constataram a utilização freqüente de dois tipos de estratégias: a busca por suporte social, considerada como estratégia focalizada no problema e; a

¹ Ao longo do texto serão utilizados os termos *coping* e estratégias de enfrentamento (sua tradução para o português).

reestruturação cognitiva, um tipo de estratégia focalizada na emoção. Esta última, segundo os autores, foi um pouco mais utilizada pelos participantes.

Noyes (1998) também alerta para as possíveis diferenças existentes entre pais e mães que já sabiam da internação do filho e aqueles que não estavam preparados para a hospitalização, sendo esta realizada de emergência. Fazendo referência ao estudo de Eberly, Miles, Carter, Hennessey e Riddle (1985), a autora informa sobre o alto índice de *stress*² dos pais que não haviam se preparado para internação do filho, a partir do escore obtido com a *Parental Stressor Scale: Paediatric Intensive Care*. Noyes (1998) salienta que embora o objetivo principal da escala seja quantificar os sentimentos e as emoções relacionados a uma determinada experiência, a complexidade da resposta parental pode ser perdida em um processo de quantificação simplista.

Um outro fator a ser considerado diz respeito aos procedimentos aos quais a criança é submetida. Haines, Perger e Nagy (1995) verificaram, utilizando a mesma escala, que pais de crianças entubadas estavam mais propensos ao *stress* devido aos procedimentos dolorosos realizados nelas, enquanto os pais de crianças não entubadas estavam mais propensos ao *stress* causado pelas respostas comportamentais e emocionais das mesmas. LaMontaigne, Johnson e Hepworth (1995) ainda acrescentam que a idade dos pais e o tamanho da família influenciam no enfrentamento da situação estressante e indicam o tipo de suporte terapêutico necessário. Miles, Carter, Riddle, Hennessey e Eberly (1989) ao pesquisarem pais e mães com filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, identificaram como principais aspectos estressores: a

² Optou-se por utilizar o termo *stress* para se referir ao estresse.

alteração do papel parental, como, por exemplo, a incapacidade de proteger a criança e; os comportamentos e emoções dos filhos como sua dor, sua aparência triste e de medo, e suas respostas ao *stress*.

Além dos fatores discutidos acima, deve-se considerar a presença ou não de malformações (ou alguma outra debilidade física) como outro fator que influencia os sentimentos e reações parentais. Estudando três grupos de pais de crianças com seis meses de idade e apresentando síndrome de Down; doença coronária congênita e lábio e/ou palato leporino, Pelchat, Ricard, Bouchard, Perreault e Saucier (1999) puderam constatar algumas diferenças em relação à adaptação desses três grupos. Pais de crianças com síndrome de Down e de crianças com doença coronária congênita se sentiram mais temerosos com a situação de seus filhos, sentindo a situação incontrolável, e apresentaram maior sofrimento psicológico do que os pais de crianças com lábio e/ou palato leporino. Talvez porque estas últimas crianças não apresentassem risco de morte nem gerassem preocupações com futuros problemas no seu desenvolvimento. Pais de crianças com síndrome de *Down* apresentaram maior dificuldade em aceitar a condição do filho. Verifica-se, assim, que o tipo de problema apresentado desencadeia diferentes níveis de *stress* e sofrimento psíquico. Apesar de alguns estudos demonstrarem que o sofrimento psíquico difere também para pais e mães, apresentado a mãe maior *stress* e medo quanto ao desempenho de seu papel, deve-se considerar mais uma vez que muitos estudos sobre adaptação parental a determinadas condições que debilitam a saúde infantil têm se

concentrado na figura materna (Pelchat, Ricard, Bouchard, Perreault & Saucier, 1999).

1. 4. A psicologia na arena da saúde e uma nova proposta de atuação

De acordo com Enumo (2003) apesar do estabelecimento da Psicologia da Saúde como disciplina só ter acontecido em 1978, refletindo as discussões iniciadas em 1911 entre a Psicologia e a formação de práticas médicas - através da *American Psychological Association* (APA) - não é recente a atuação da Psicologia na arena da saúde. A autora faz um resgate histórico sobre as várias propostas para se trabalhar no campo da saúde em exposição que evidencia enfoques e modelos diferenciados.

Dentre outros modelos, atuais e antigos, é apontado o biopsicossocial que inclui várias teorias, inclusive as teorias comportamentais e cognitivistas. Enquadrando-se neste modelo, mas com um enfoque peculiar, tem-se a Teoria das Representações Sociais, que recupera o saber do senso comum para a compreensão dos processos de adoecimento. Vislumbra-se a importância que as representações sociais possuem na área da saúde, na medida em que elas viabilizam, principalmente, conhecer como o paciente significa a doença e seu processo de adoecimento, considerando o contexto no qual se ele insere, como destaca Trindade (1996):

O ponto de vista do doente adquire um novo significado. Deixa de ser apenas uma concepção leiga, pobre e distorcida do saber médico e aparece como um modo de pensar autônomo, com uma lógica e uma coerência próprias, cuja análise pode ser fundamental para a eficácia do

tratamento e principalmente para o sucesso de projetos sociais de saúde (p.48).

A prática dos psicólogos na saúde na atualidade ainda é respaldada nos moldes clínicos, tendo destaque a psicoterapia individual (breve ou de apoio). Como propõe Dimenstein (1999), na formação do psicólogo ainda prevalece o modelo clássico da Psicologia clínica liberal privatista, dificultando outros olhares e práticas na área da saúde pública. Esta forma clássica de atuar, permeada por teorias essencialistas e universalistas, nas palavras da autora, subentende um sujeito universalista e a-histórico e se mostra precária diante da diversidade que o contexto impõe.

De acordo com Arruda (2001), a Teoria das Representações Sociais (TRS) traz uma outra forma de olhar a saúde, tendo como propostas: a interface entre várias áreas como a Psicologia, Sociologia, a Antropologia; o resgate do subjetivo na compreensão e elaboração da realidade a partir de um contexto específico e; o reconhecimento do sujeito e sua inserção social, sua cultura e seus códigos vigentes. Sobre a relação entre a TRS e a proposta psicossocial na perspectiva da saúde Arruda (2001) explica:

Ela mantém esta relação a partir do seu lugar de interface, oferecendo à discussão dos problemas da saúde um suplemento de subjetividade, um esclarecimento do significado atribuído a estes, a partir de uma vinculação com a(s) cultura(s), a sociedade e o momento histórico onde se inserem os atores sociais implicados em tais problemas (p. 226).

A importância de realizar um estudo de Psicologia embasado na TRS, principalmente na área da saúde, reside na prevalência de estudos e práticas que, apesar de trazerem contribuições relevantes, vêm negligenciando um fator importante: o saber do usuário. Para dar conta da complexidade dos fenômenos imbricados neste cenário é necessário considerar o saber do senso comum, o que permitirá compreender as experiências, incluindo os processos de adoecer e as práticas adotadas pelos sujeitos neste campo, como o *coping*.

Spink (2003) aponta algumas implicações das representações sociais para a área da Psicologia da Saúde. Primeiramente, se pretendemos uma intervenção no sentido de influenciar a ação do sujeito, devemos conhecer as representações que se articulam com as práticas adotadas (como o *coping*). Segundo, através das representações, podemos adquirir o sentido pessoal sobre os fenômenos e experiências vivenciadas, sem reduzir o sujeito a um mero repositório das influências sociais. Terceiro, pode-se também mudar a forma de atuação dos serviços psicológicos, levando à busca de atuações mais ajustadas ao nível primário de atendimento, tipicamente preventivo.

1. 5. A Teoria das Representações Sociais (TRS): Uma abordagem psicossocial

Para investigar a vivência dos casais com filhos prematuros de alto-risco, torna-se necessário investigar como eles compreendem a maternidade e a paternidade. Dessa forma, escolheu-se como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Esta teoria surgiu com o propósito de quebrar a dicotomia existente entre o social e o psicológico, legitimando a importância do conhecimento do senso comum como produção essencial para a compreensão

dos fenômenos sociais. Para Jodelet (2001) “(...) a particularidade do estudo das representações sociais é o fato de integrar na análise desses processos³ a pertença e a participação, sociais ou culturais do sujeito” (p. 27).

Embora não exista uma definição que esgote o significado de representação social, podemos compreendê-la como um saber sobre um determinado objeto social que é elaborado a partir das interações do cotidiano, e que, dentre outras funções, guiam as práticas dos sujeitos em relação ao objeto representado (Abric, 1998; Jodelet, 2001).

As representações sociais, também consideradas teorias do senso comum, são construções de sentido da realidade, que nos ajudam a compreender e atuar no mundo em que vivemos. Segundo Vala (2004)

As representações são factores produtores de realidade, com repercussões na forma como interpretamos o que nos acontece e acontece à nossa volta, bem como as respostas que encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido (p. 6).

A representação social implica a expressão de um sujeito sobre um objeto social relevante para seu grupo. Dessa forma, no processo de construção das representações sociais o passado e o presente se relacionam, assim como o social e o individual, como pontua Spink (2002):

De um lado temos os conteúdos que circulam em nossa sociedade e, de outro, temos as forças decorrentes do próprio processo de interação social

³ A autora se refere a processos cognitivos e intrapsíquicos

e as pressões para definir uma dada situação de forma a confirmar e manter identidades coletivas (p.121).

A TRS se enquadra em uma vertente da Psicologia, a Psicologia Sócio-Histórica, guiada por uma concepção materialista dialética, que recupera a história do indivíduo e o caráter constitutivo de suas relações sociais (Rosa & Andriani, 2002). Assim, ela é adequada ao estudo proposto, pois torna possível a investigação e compreensão do universo psicológico dos participantes de uma forma mais ampla, levando em consideração os contextos sociais.

Segundo Jovchelovitch (1998) as representações sociais se situam numa tradição que pode ser chamada de fenomenologia da vida cotidiana, centrando-se na legitimidade dos saberes construídos no cotidiano e na relação que eles estabelecem com o vivido. Portanto, a teoria se enquadra no enfoque hermenêutico, visto que tenta entender as variadas formas de compreensão dos objetos dispostos na realidade social.

Ainda de acordo com Jovchelovitch (1998), ao recuperar as fontes que inspiraram a TRS, Moscovici recorreu a Piaget e Vigotsky, entre outros, para buscar a gênese social da construção do saber e, neste movimento, rompeu com as dicotomias entre ontogênese e sociogênese, considerando então que o saber social é simbólico e produto da ação, comunicação e construção do sujeito. Contudo, a autora ressalta que a representação social não equivale à representação mental estudada por Piaget, embora esta seja condição para a primeira:

Ainda que seja tentador, elas não podem ser simplesmente reduzidas à atividade representacional porque as representações sociais vão além dos trabalhos do psiquismo individual e emergem como um fenômeno que expressa a subjetividade do campo social e sua capacidade para construir saberes (p.79).

Deste modo, a TRS procura investigar o sujeito, considerando concomitantemente o papel da história social e o funcionamento do grupo do qual ele faz parte, havendo, portanto, um movimento diacrônico.

Vala (2004) discute que a elaboração das representações envolve processos sociocognitivos (a objetivação e a ancoragem) e processos sociais (dispersão da informação, focalização e pressão à inferência). Tais processos não seguem uma ordem cronológica e nem estão desvinculados uns dos outros.

A objetivação refere-se à organização dos elementos da representação, assim como o caminho através do qual estes elementos adquirirem materialidade e naturalização.

Na organização dos elementos de representação, parte das informações sobre o objeto é selecionada e descontextualizada, restando apenas uma parte que é aceitável pelo grupo, segundo suas normas e valores. Posteriormente, estes elementos se organizam formando um esquema figurativo do objeto representado. Os conceitos do esquema estruturante passam a ser considerados categorias naturais adquirindo materialidade, concretude, por meio de imagens e metáforas. De acordo com Moscovici (2003), “(...) objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem” (p. 71-72).

Em síntese, a objetivação diz respeito à forma como o novo se reorganiza na representação através da fragmentação e recombinação (Arruda, 2002).

A ancoragem se define por uma busca de referência nas experiências e esquemas de pensamentos existentes para transformar o novo (trazido pelo objeto a ser representado) em familiar. Assim, para ser compreendido, o objeto social é categorizado, pensado, tendo como referência os esquemas simbólicos já existentes. O desconhecido é ancorado no pensamento, nos valores e crenças do sujeito. Entretanto, este processo também transforma as representações já existentes, que passam a ser pensadas a partir das novas representações, resultando numa acomodação neste sistema de categorização, como afirma Vala (2004): “É neste sentido que o processo de ancoragem é, ao mesmo tempo, um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo” (p. 363).

Como processos sociais, temos primeiramente a dispersão da informação, que se refere à informação que circula no cotidiano, informações ambíguas, imprecisas e que chegam de forma diferente para os grupos sociais e para os indivíduos. Desta forma, nem todos têm acesso às mesmas informações e na maioria das vezes elas são incompletas, distorcidas pelo veículo transmissor, resultando assim em representações diferentes, como afirma Jodelet (2001): “As instâncias ou substitutos institucionais e as redes de comunicação informais ou da mídia intervêm em sua elaboração, abrindo caminho a processos de influência e até mesmo de manipulação social” (p. 21).

Com tanta informação, os grupos tendem a focalizar alguns aspectos mais relevantes para eles, de acordo suas normas, valores, crenças, etc., constituindo o processo de focalização (segundo processo). Diante do novo, os indivíduos sentem uma pressão - pressão à inferência - para tomarem posições, discutirem o assunto de acordo com seus posicionamentos sociais. Tal pressão, terceira etapa do processo social de elaboração das representações sociais, permite maior comunicabilidade entre os indivíduos e diferenciação entre os grupos de posições distintas.

Além destes processos inerentes à gênese das representações sociais, um outro conceito tem contribuído para o debate acerca das origens de tais fenômenos – o conceito de *themata*.

De acordo com Lima (2007), em 1994 Moscovici e Vignaux resgataram o conceito de *themata*, proposto por Holton e adaptaram-no à Psicologia Social. Para Holton, *themata* se referia às concepções primeiras ou princípios fundamentais que alimentavam várias teorias científicas. Essas teorias evoluíam devido ao movimento dialético de temas opostos como simplicidade/complexidade; análise/síntese; permanência/mudança, para citar alguns (Lima, 2007).

Uma vez adaptado à Psicologia Social, *themata*⁴ se refere às primeiras idéias, imagens, pré-concepções arraigadas no pensamento social a partir das quais derivam os discursos e significados. Segundo Moscovici (2007) temas conceituais são idéias-fonte que geram noções, concepções, famílias de representações. A oposição ou antinomia entre alguns objetos sociais, como

⁴ Como pontua Marková (2006) a expressão *themata* se refere ao plural *thema*.

vida/morte, por exemplo, geram temas conceituais que guiam nossos comportamentos e pensamentos. Para Marková (2006) o pensamento é antinômico por natureza, contudo, nem todas as antinomias do pensamento são consideradas *themata*, uma vez que elas podem estar enraizadas no pensamento do senso comum, mas sem reflexão alguma. Tais antinomias

(...) se transformam em problemas e se tornam o foco da atenção social e a fonte de tensão e conflito. É durante tais eventos que as antinomias no pensamento são transformadas em *themata*: elas entram no discurso público, se tornam problematizadas e ainda *thematizadas*. Depois então, começam a gerar representações sociais em relação ao fenômeno em questão (p.252-253).

A partir da discussão em torno do conceito de *themata* percebe-se que para avançar a compreensão sobre a gênese das representações sociais, é preciso abarcar não apenas os processos de objetivação e ancoragem, mas também identificar os possíveis *themata* que dão base às representações, mesmo reconhecendo que eles não se revelam com clareza, uma vez que se encontram interligados, como pontua Moscovici (2007).

Sobre as representações sociais, Abric (1998) afirma que elas têm uma importância fundamental na dinâmica das relações e práticas sociais por suas funções:

1. de saber: a função de saber permite que os indivíduos compreendam e expliquem a realidade a partir dos conhecimentos adquiridos, ou seja, a partir das representações. Dessa forma, com esses novos conhecimentos compartilhados,

se elabora um quadro de referência comum, que facilita a comunicação, trocas, transmissão e difusão dos saberes do senso comum;

2. identitária: tal função define a identidade e especificidade dos grupos, na medida em que as representações sociais exprimem os valores, normas, crenças, ou seja, o sistema simbólico do grupo.

3. de orientação: as representações servem de guia para os comportamentos e as práticas dos sujeitos. Ainda sobre o agir frente a uma realidade, as representações criam um sistema de antecipações e expectativas que vão orientar as ações dos sujeitos. Também é de acordo com as representações sociais que se julgam os comportamentos ou práticas sociais como aceitáveis em um determinado contexto. Dessa forma, as representações sociais são condições para os comportamentos e/ou práticas;

4. justificadora: como quarta função, as representações permitem justificar as tomadas de posição e comportamentos dos indivíduos. Os membros de um determinado grupo tendem a apresentar determinados comportamentos de acordo com suas representações sobre o objeto em questão. Se algumas mães, por exemplo, representam a maternidade principalmente pela dedicação total e sacrifícios em prol do filho, elas se dedicarão e se sacrificarão por ele, e darão justificativas que legitimem tais práticas baseadas nesta representação.

Apesar da ambigüidade em relação ao conceito de práticas sociais nos estudos sobre representações sociais, Trindade (1998) cita dois aspectos comuns aos pesquisadores que a ele têm se dedicado. O primeiro aspecto é que as práticas dizem respeito a um conjunto de ações e o segundo é que estas ações

“(...) se apresentam com organização encadeada e padronizada” (p. 4). Além disso, as práticas não são concebidas como ações independentes, mas sim como vinculadas a uma rede simbólica que lhes confere sentido. Portanto, as representações e as práticas sociais estão intrinsecamente ligadas e se influenciam reciprocamente, mas de maneiras diferentes. A representação, como discute Rouquette (1998), é condição para a emergência das práticas e as práticas funcionam como um agente transformador das representações. A palavra condição é empregada porque as representações não determinam as práticas, elas servem como um esquema, um guia para a ação, excluindo qualquer compreensão mecanicista a respeito. Assim, o papel do indivíduo e o contexto são cruciais na dinâmica entre representações e práticas. Como comenta Rouquette (1998), não existindo uma relação unívoca de causa-efeito, o indivíduo não é privado “(...) de sua capacidade causadora e de modulação, tal como um papel interpretado no teatro, que ao mesmo tempo suporta e constrange, permitindo ao artista mostrar seu talento” (p.43).

A dialética entre representações e práticas sociais subtrai destas últimas um sentido de resultante, como se fossem apenas um reflexo das representações.

O contexto ou a situação no qual o indivíduo se encontra têm papel fundamental, na medida em que podem modificar as práticas. Dependendo da situação, estas práticas, por sua vez, podem vir a modificar representações (Sá, 1996).

É interessante esclarecer que a presente pesquisa teve interesse em um conjunto especial de práticas sociais: as práticas parentais aqui traduzidas prioritariamente nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos casais.

1. 6. Ensaando uma articulação: *coping* e representações sociais

O *coping*, segundo Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998) é um termo que designa "(...) um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se às circunstâncias adversas" (p. 274). Segundo estes autores, ele tem sido estudado por diversos pesquisadores, com embasamentos teóricos e metodológicos diferentes.

Inicialmente o estudo do *coping* esteve vinculado à Psicologia do Ego, sendo este considerado correlato aos mecanismos de defesa para lidar com os conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). O *coping* possuía uma hierarquização, indo da estratégia mais imatura a mais sofisticada e adaptativa. Uma segunda geração de pesquisadores, entre eles Lazarus e Folkman, desenvolveu uma nova perspectiva relacionada ao *coping*, enfatizando os comportamentos de *coping* e seus respectivos determinantes cognitivos e situacionais. O *coping*, a partir desta perspectiva, implicaria uma articulação entre o indivíduo e o ambiente, não deixando de considerar também os traços de personalidade (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

A terceira geração de pesquisadores enfatizou a convergência entre *coping* e personalidade. Estes pesquisadores consideram que os fatores situacionais não explicam a variação de *coping* utilizado pelos indivíduos, ressaltando, portanto, os traços de personalidade (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

A perspectiva adotada para a realização desta pesquisa será a perspectiva cognitivista de Lazarus e Folkman (1980), pela ênfase atribuída aos significados simbólicos e ao contexto no qual o indivíduo se insere, dando possibilidade de articulação com a teoria das representações sociais. Apesar da escolha desta perspectiva, não serão considerados os traços de personalidade dos sujeitos.

Segundo este modelo, como relatam Antoniazzi, Dell’aglio e Bandeira (1998) quatro nuances estão compreendidas no conceito de *coping*:

1. *coping* como um processo ou interação entre indivíduo e ambiente;
2. *coping* tendo como função a administração da situação estressora;
3. *coping* pressupondo a avaliação do fenômeno: como ele é percebido, interpretado e representado pelo do indivíduo;
4. *coping* constituindo uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para a administração das demandas internas e externas advindas do ambiente.

Vale acrescentar um outro aspecto a ser considerado no âmbito desta perspectiva, que diz respeito à natureza do *coping* como uma ação intencional, física ou mental, em resposta a um estressor proveniente de circunstâncias internas ou externas. Portanto, o *coping* se diferencia das respostas ao *stress*, as quais são caracterizadas pela espontaneidade (Antoniazzi, Dell’aglio & Bandeira, 1998).

Segundo os autores acima citados, alguns pesquisadores fazem distinção entre estilos de *coping* e estratégias de *coping*. De um modo geral, estilos de *coping* se relacionam às características de personalidade, à tendência que uma

pessoa tem em usar determinadas reações de *coping* diante de uma situação estressora. As estratégias de *coping* dizem respeito às ações cognitivas e comportamentais diante de uma experiência particular de *stress* e são classificadas em dois tipos: as estratégias focalizadas na emoção e as estratégias focalizadas no problema. As primeiras se referem ao esforço para regular o estado emocional associado ao *stress* ou são o resultado de situações estressantes. Tais esforços como fumar cigarro ou como tomar tranqüilizantes, visam reduzir a sensação física desagradável desencadeada pelo estado de stress. As estratégias focalizadas no problema traduzem um esforço do indivíduo para modificar a situação estressora, podendo ser, portanto, dirigidas a uma fonte interna ou externa de *stress*. Quando dirigidas a uma fonte externa, o indivíduo pode utilizar como estratégia a solicitação de ajuda a outras pessoas. Dirigida internamente, ele pode tentar redefinir cognitivamente o elemento estressor (Antoniuzzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

O uso de estratégias de *coping* que focalizem o problema ou a emoção vai depender da avaliação que a pessoa faz da situação estressora. Primeiramente, o risco envolvido na situação é avaliado e, posteriormente, se avaliam os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Nas situações consideradas inalteráveis, o *coping* focalizado na emoção costuma ser mais utilizado, enquanto nas situações modificáveis, se utiliza o *coping* focalizado no problema. Contudo, segundo Compas (1987), alguns estudos indicam que estas duas estratégias são utilizadas durante quase todas as situações estressantes, podendo variar em sua eficácia, dependendo do tipo de estressor envolvido. Skinner, Edge, Altman,

Sherwood (2003) tecem algumas críticas a respeito desses dois tipos de estratégias de enfrentamento. Primeiramente existe na literatura falta de clareza a respeito das estratégias focalizadas na emoção, pois não existe consenso sobre as categorias nelas incluídas. As categorias classificadas como focalizadas no problema e na emoção não são mutuamente exclusivas. Em segundo lugar os autores consideram que muitas estratégias de enfrentamento podem ser classificadas nos dois tipos. Além disso, algumas categorias não se encaixam em qualquer dos dois tipos, como, por exemplo, a procura por suporte social, que, segundo eles, pode ser considerada como uma estratégia focalizada em outras pessoas e não na emoção ou no problema. Mesmo diante dessas críticas, se aceita que a utilização das estratégias de enfrentamento depende da avaliação da situação estressora e nesse processo de avaliação estão em jogo as representações sociais de vários objetos.

Estudos na área da saúde já demonstraram a influência das representações sobre o *coping* (Leventhal & Cameron, 1987; Echabe, Guillen & Ozamiz, 1992). No presente estudo, o *coping* será considerado como práticas parentais que se inserem em um contexto mais amplo, o das práticas sociais, uma vez que as estratégias de enfrentamento também fazem parte de uma determinada estrutura simbólica (Duveen, 1994), estando, portanto, vinculadas às representações que os sujeitos possuem. Contudo, as práticas parentais não se esgotam no *coping*. Os cuidados dos pais com os recém-nascidos (dentro e fora do hospital) também podem ser considerados práticas parentais, por exemplo.

Alguns estudos evidenciam a utilização diferenciada de *coping* entre homens e mulheres. Em um estudo realizado em um ambiente de UTI infantil Affleck, Tennen & Rowe (1990) perceberam que as esposas utilizavam mais as estratégias de evitação e o suporte social que os maridos. Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira (1998) citam pesquisas sobre *coping* em crianças que revelam diferenças relacionadas ao gênero. Eles acreditam que as meninas podem ser socializadas para o uso do *coping* a favor do social, enquanto nos meninos são estimuladas estratégias competitivas e que incitam independência. Percebe-se assim que tais estratégias estão associadas à diferenciação de gênero, às formas diferentes de se comportar entre homens e mulheres, que, por sua vez, se articulam às representações sociais de homem e mulher, presentes no cenário social.

Apesar de haver concordância de que o estudo do *coping* é essencial para a compreensão dos efeitos do stress na vida das pessoas, existe pouco consenso em relação aos conceitos e medidas dos principais construtos no campo. Tal fato dificulta a comparação de resultados de diferentes pesquisas, prejudicando o crescimento nesta área de estudo (Skinner et al., 2003).

Para Skinner et al. (2003) *coping* não se define por um comportamento específico ou crença particular, ele é um construto organizacional que engloba várias ações individuais disponibilizadas para lidar com experiências estressantes. O *coping* pode ser compreendido em vários níveis. As instâncias de *coping* são consideradas o nível primário ou básico da estrutura e dizem respeito às respostas individuais em situação de stress. Em um nível mais alto estão os conjuntos de

processos adaptativos básicos, como, por exemplo, a coordenação entre as ações do indivíduo e as contingências do ambiente. Tais processos adaptativos intervêm no o *stress* e em seus resultados psicológicos, sociais e fisiológicos. Entretanto, os autores sugerem a criação de categorias intermediárias para organizar as inumeráveis respostas às situações pessoais específicas que se relacionam às funções de mediar o efeito do stress. Estas categorias estariam organizadas em dois níveis: o nível básico incluiria as estratégias de enfrentamento e incluiria também as instâncias de *coping* (respostas individuais), que se articulam a um nível superior de categorias (acomodação, *coping* focalizado no problema, etc) de acordo com suas funções adaptativas; no nível superior, as categorias foram denominadas famílias de *coping*. Dessa forma, uma família de *coping* engloba várias estratégias de enfrentamento, que por sua vez inclui várias respostas individuais.

Tendo em vista tal estrutura, Skinner et al. (2003) propuseram um sistema de 13 famílias de *coping*:

1. Resolução de problemas – inclui ações instrumentais e estratégias voltadas à solução do problema;
2. Busca por suporte – inclui estratégias que indicam a busca de suporte da família, profissionais, Deus, amigos;
3. Esquiva – inclui estratégias que indicam esforços voltados ao distanciamento da situação estressante;
4. Distração – tentativas para lidar com uma situação estressante por meio do envolvimento em atividades prazerosas;

5. Reestruturação cognitiva - diz respeito às estratégias que têm como objetivo tornar a percepção da situação estressante mais positiva;
6. Ruminação – diz respeito ao foco repetido e passivo nas características negativas da situação estressante;
7. Desamparo – estratégias que indicam desistência ou abandono de controle da situação;
8. Afastamento social – estratégias com o objetivo de manter-se distante de outras pessoas ou prevenir que outras pessoas saibam da situação estressante ou de seus efeitos emocionais;
9. Regulação da emoção – tentativas de influenciar o stress emocional e expressar emoções de acordo com o tempo e lugar;
10. Busca por Informações – ações voltadas ao aprendizado sobre situação estressante;
11. Negociação – tentativas de conciliar as prioridades individuais e os limites da situação.
12. Oposição – inclui estratégias como projeção, raiva, agressão, descarga e atribuição de culpa a outras pessoas;
13. Delegação – ações que indicam dependência, reclamação, queixas, auto-piedade, busca mal-adaptativa por ajuda.

Esta proposta surgiu a partir de uma revisão da literatura que tinha como objetivo compreender os sistemas de categorias utilizados em diversas pesquisas e perspectivas sobre *coping*. A partir dessa revisão foram identificados 400 modos

de *coping*. Assim, numa tentativa de agrupar tais modos *coping*, os autores propuseram as 13 famílias de *coping* apresentadas acima.

Esta pesquisa utilizou a proposta de Skinner et al. (2003) como referência para a identificação das famílias de *coping* durante o processo de análise de dados.

1. 7. Objetivos

A maneira pela qual os casais reagem e enfrentam o nascimento prematuro de um filho depende de como compreendem e vivenciam esta nova experiência. Esta, por sua vez, está associada aos significados atribuídos à maternidade e à paternidade, ou seja, às representações de maternidade e de paternidade. Portanto, as representações sociais da maternidade e da paternidade, apreendidas pelos indivíduos desde a infância e re-significadas através das interações, vão orientar sentimentos, comportamentos e compreensões das experiências vivenciadas pelos pais e pelas mães (experiências essas que também afetam as representações). Da mesma forma, certamente orientam o modo como os pais e as mães enfrentam uma determinada situação ou problema.

Partindo desse pressuposto a presente pesquisa teve como objetivo geral compreender, sob a luz da Teoria das Representações Sociais, a experiência de casais cujos recém-nascidos prematuros encontravam-se internados em uma UTIN.

Tendo em vista o pressuposto de mútua influência entre representações e práticas sociais, procurou-se também investigar as possíveis articulações entre representações sociais e *coping* (considerado neste estudo no âmbito das práticas

parentais). Além disso, objetivou-se elaborar uma teoria, a partir da proposta da *Grounded Theory*, para explicar as vivências dos casais durante o período de internação de seus filhos.

A escolha pelo contexto de uma UTIN ocorreu porque pouco se tem estudado sobre as vivências parentais no contexto hospitalar a partir de uma proposta psicossocial e muito menos sobre paternidade em um contexto específico como UTIN. Ainda se tem pouco conhecimento sobre as vivências paternas e sobre a experiência de um pai em um ambiente de UTI Neonatal, justamente porque, socialmente, a mulher é considerada a principal responsável pelos cuidados com o filho.

Investigar a maneira como o casal enfrenta a experiência inesperada de ter um filho com alto-risco de vida, possivelmente uma experiência de *stress* para os mesmos, permite a apreensão de dados enriquecedores sobre os fenômenos da maternidade e da paternidade. Além disso, tal situação específica pode contribuir para a emergência de novas práticas e re-configurações dos modelos relacionados aos papéis de gênero.

2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Primeiramente é importante esclarecer que não existe um método específico vinculado à Teoria das Representações Sociais. As possibilidades metodológicas são amplas e, do ponto de vista de alguns teóricos, isto é benéfico para a teoria, como afirma Moscovici (2003):

Em síntese, minha posição pessoal é de que a TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, mesmo que isso possa suscitar resistências ou discordâncias entre nós, permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar as oportunidades que cada método disponível possa oferecer. (p. 14-15, grifo do autor).

Algumas discussões em torno do conceito e dos métodos utilizados nos estudos sobre representações sociais vêm sendo realizadas, apontando várias possibilidades de acordo com o estudo que se propõe e com a perspectiva adotada no âmbito da TRS. Segundo Sá (1998), a teoria possui três perspectivas complementares: 1. a perspectiva de Denise Jodelet, que utiliza preferencialmente os métodos qualitativos; 2. a perspectiva referida como do “Grupo de Genebra” que tem Willem Doise como um dos principais representantes, que enfatiza os tratamentos estatísticos correlacionais e 3. a perspectiva do “Grupo do Midi” representada por Jean-Claude Abric, que se caracteriza pela utilização de métodos experimentais. Vale ressaltar a possibilidade de combinação dessas perspectivas e, conseqüentemente, de utilização de diferentes métodos adotados por elas. Apostolidis (2003), por exemplo, defende a idéia de triangulação metodológica, que possibilita a validação dos resultados por meio da combinação

de diferentes métodos, o que, por sua vez, pode contribuir para verificar a exatidão e a estabilidade das observações realizadas.

Como um exemplo de estratégia metodológica, na perspectiva representada por Denise Jodelet, utiliza-se a entrevista em profundidade para o levantamento dos elementos das representações. A observação participante também é uma estratégia utilizada nesta perspectiva, particularmente quando se visa realizar um estudo etnográfico. Para a análise de dados, a técnica mais comum nesta abordagem é a análise de conteúdo.

Na segunda perspectiva, do “Grupo de Genebra”, o questionário é o instrumento mais utilizado. Os dados sofrem tratamentos estatísticos, com o objetivo de identificar os diferentes aspectos das representações, sejam os mais compartilhados, aqueles que indicam variações individuais, ou aqueles que sinalizam relações com as posições sociais dos sujeitos.

O “Grupo do Midi” utiliza técnicas de associação livre como estratégia privilegiada de coleta de dados embora recomende uso de entrevista no início e fim da pesquisa. Nesta perspectiva procura-se conhecer, além dos conteúdos da representação, a forma como estes se organizam, ou seja, a estrutura da representação.

A presente pesquisa se aproxima da perspectiva de Denise Jodelet, por ser um estudo caracterizado como qualitativo que teve como interesse a apreensão dos conteúdos das representações sociais de maternidade e de paternidade em um contexto específico, sem procurar identificar a estrutura destas representações como os pesquisadores do “Grupo Midi” ou identificar a influência das diferentes

pertenças sociais, como o faz Willem Doise ao estudar sujeitos de diferentes culturas. Contudo, isto não significa que as inserções sociais dos sujeitos sejam desconsideradas.

Em se tratando de pesquisa qualitativa, deve-se ter em mente que não se visa uma pesquisa jornalística que, de acordo com Sá (1998), consiste em colher as falas mais interessantes sobre um determinado assunto, uma vez que, como defende Freitas (2002):

Trabalhar com pesquisa qualitativa numa abordagem sócio-histórica consiste, pois, numa preocupação de compreender os eventos investigados, descrevendo-os e procurando as suas possíveis relações, integrando o individual com o social (p.28).

2. 1. Participantes

Participaram da presente pesquisa 20 casais cujos recém-nascidos encontravam-se internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por terem nascido prematuros apresentando alto risco de vida. Foram definidos dois critérios de escolha dos participantes: 1. pais e mães deveriam estar casados, legalmente ou consensualmente; 2. o recém-nascido deveria estar internado na UTIN durante a coleta de dados.

A idade dos participantes variou de 18 a 37 anos para os pais e de 17 a 34 anos para as mães. Sobre o tempo de união, algumas discordâncias foram observadas em alguns casais. Levando-se em consideração as respostas das mães, o tempo de união do casal variou de poucos dias a 13 anos. Segundo os relatos dos pais, esse tempo variou de poucos dias a 17 anos. Quanto ao nível de

escolaridade, sete pais e seis mães interromperam seus estudos durante o ensino fundamental; cinco pais e uma mãe tinham o ensino fundamental completo; quatro pais e três mães pararam de estudar no ensino médio e quatro pais e oito mães tinham o ensino médio completo. Despercebidamente não foram coletados dados a respeito da escolaridade de duas mães. Quanto à religião, 20 participantes disseram seguir o catolicismo, 11 alegaram ser evangélicos e nove afirmaram não ter religião. Apenas um casal e um pai haviam passado pela experiência de ter um bebê prematuro anteriormente e 12 participantes tinham outros filhos além do recém-nascido. Duas mães já haviam abortado espontaneamente e duas mães tinham provocado aborto. Para a maioria dos entrevistados, o recém-nascido era o primeiro filho. Em relação à ocupação, foram identificados vários tipos, contudo, 13 mães alegaram não ter ocupação e um pai encontrava-se desempregado.

Os participantes receberam nomes fictícios, sendo uma mesma letra inicial para cada casal. Maiores detalhes sobre a caracterização dos participantes são apresentados no Apêndice A.

Sobre os recém-nascidos, nenhum deles apresentava malformações congênitas. A idade gestacional variou entre 24 semanas e 34 semanas e o peso variou de 545g a 2,720kg. Apenas um bebê pesava acima de 2kg.

No período de coleta de dados teve-se que abrir mão de material referente a vários participantes quando ocorria transferência do recém-nascido prematuro para outra ala hospitalar ou quando o cônjuge não comparecia ao hospital para realizar a entrevista. Foram realizadas mais de 50 entrevistas, mas devido aos

critérios estabelecidos, apenas 40 entrevistas foram consideradas nesta pesquisa, sendo 20 mães e 20 pais.

A coleta de dados foi realizada em dois hospitais gerais públicos e em uma maternidade-escola de Recife que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), e que possuíam UTINs de referência no Estado de Pernambuco. Para a escolha das UTINs procurou-se conhecer quantos e quais hospitais disponibilizavam de tal serviço. No ano de 2004, foram identificadas quatro unidades de referência em Recife. Devido ao período de tempo destinado à coleta, tendo em vista também o processo de consentimento de cada hospital para a sua realização, não foi possível realizar entrevistas na quarta UTIN.

Embora as três UTINs sejam consideradas unidades de referência no Estado, sua estrutura e os serviços oferecidos variavam. Para melhor entendimento dos contextos nos quais as entrevistas foram realizadas, serão apresentadas as principais características das UTINs.

A primeira UTIN visitada disponibilizava seis leitos para atendimento ao recém-nascido prematuro de alto-risco e localizava-se em um hospital geral. Não existia um trabalho específico de orientação voltado para os familiares e as orientações que os casais recebiam diziam respeito a como vestir o jaleco e lavar as mãos antes de entrar na unidade. Ao entrarem na UTIN as técnicas de enfermagem geralmente indicavam os bebês de cada casal. Os pediatras responsáveis raramente estavam na UTIN no momento da visita, uma vez que realizavam a visita médica pela manhã. Entretanto, sempre havia médicos de plantão durante a ausência daqueles.

Não estava previsto atendimento psicológico aos pais e mães, mas nos casos em que a equipe avaliava como necessário este era solicitado a uma psicóloga responsável pelo atendimento de vários setores do hospital. Poucas interações foram estabelecidas entre médicos e pesquisadora. Geralmente aconteciam quando a pesquisadora procurava os pediatras para obter maiores informações sobre a condição clínica do recém-nascido. Não havia um espaço próprio reservado para as mães. Elas geralmente permaneciam em seus leitos na ala da maternidade durante todo o período de internação dos bebês, evitando-se atestar alta hospitalar, mesmo que elas apresentassem condições clínicas adequadas para tal. Foram consideradas as entrevistas de 10 casais realizadas nesta primeira UTIN.

A segunda UTIN disponibilizava sete leitos aos bebês prematuros de alto-risco e o funcionamento e atendimento disponibilizado aos casais eram parecidos com os da primeira UTIN. Não havia psicólogo responsável pelo setor e os pediatras responsáveis também realizavam as visitas médicas pela manhã, cedendo lugar aos médicos plantonistas. As mães eram internadas em leitos da maternidade, sem um espaço específico reservado apenas às mães de recém-nascidos prematuros. A equipe de saúde, especificamente alguns plantonistas e técnicas de enfermagem, contribuíam com informações sobre o estado de saúde dos recém-nascidos.

Tanto no primeiro como no segundo hospital não havia espaço adequado para a realização das entrevistas. No primeiro hospital, as entrevistas inicialmente foram realizadas nos leitos que as mães ocupavam. Posteriormente, foi

disponibilizada uma pequena sala no setor de aleitamento materno, o que algumas vezes causava constrangimento aos pais entrevistados e estranhamento dos outros profissionais e mães. Além disso, várias vezes as técnicas de enfermagem interrompiam a entrevista para falar com as mães ou para buscar algum material que estava na sala. No segundo hospital, como não foi disponibilizada uma sala para a realização das entrevistas, estas foram realizadas nos leitos das mães e em uma varanda no final de uma ala reservada à maternidade. Apesar das entrevistas na varanda terem sido realizadas apenas quando se verificava a ausência de terceiros, algumas interrupções também ocorreram.

A terceira UTIN disponibilizava sete leitos e localizava-se em uma maternidade –escola e o sistema de atendimento aos casais se mostrou diferente das outras unidades observadas. A equipe de saúde era atenciosa com o casal durante as visitas e, embora também não houvesse trabalhos de grupo destinados aos pais e mães, as técnicas de enfermagem e a enfermeira de plantão procuravam orientar os casais na UTIN. A maternidade contava com oito psicólogas, sendo que uma delas era especificamente responsável pelos atendimentos aos casais na UTIN, pelos atendimentos às mães dos bebês prematuros em uma ala reservada a elas (até a alta do recém-nascido) e pelos atendimentos na sala de parto. Em vários momentos foram constatadas conversas entre médicos residentes e mãe e/ou pai, assim como a interação entre equipe e psicóloga.

O ambiente da terceira UTIN se mostrou mais acolhedor, tanto no que se refere à sua estrutura quanto às interações que ali ocorriam. A equipe se mostrou solícita durante todo o período de coleta, colaborando com informações sobre os recém-nascidos prematuros e suas famílias. Dentre as entrevistas realizadas, foram consideradas entrevistas de cinco casais desta UTIN. As entrevistas foram realizadas no setor de Psicologia ou em uma sala de reuniões disponibilizada para isso.

Além da dificuldade para encontrar um espaço onde se pudesse realizar as entrevistas, era difícil manter a imparcialidade diante de vários episódios de mau atendimento ao casal e ao próprio recém-nascido, pois muitas vezes profissionais falavam alto dentro e fora da UTIN, não forneciam orientações e explicações suficientes e adequadas, para citar alguns exemplos.

2. 2. Instrumentos

A entrevista foi utilizada como instrumento de coleta, tendo em vista que a partir dela pode-se obter dados para o entendimento dos indivíduos em seus contextos, como ressalta Gaskell (2002, p.65):

A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

De acordo com Sá (1998) a prática mais comum de pesquisa das representações sociais consiste na entrevista seguida da análise de conteúdo do

material coletado. Todavia, neste estudo a análise de conteúdo foi substituída pela proposta de análise da *Grounded Theory*, que será apresentada posteriormente.

O roteiro de entrevista (apêndice D) enfocou como principais temas:

- Gravidez/parto
- Diagnóstico do recém-nascido;
- Filho;
- Maternidade;
- Paternidade;
- Impactos da experiência no relacionamento conjugal;
- *Coping*.

O primeiro tema, referente à gravidez, embora não tenha sido considerado para análise, foi abordado no intuito de contextualizar melhor a história relatada pelos participantes e também para estabelecer o *rapport* entre entrevistadora e entrevistado.

No roteiro de entrevista não foram feitas perguntas específicas sobre a representação da maternidade e da paternidade (como: o que é ser mãe/pai?) evitando respostas, como aponta Trindade (1991), “(...) decorrentes da desejabilidade social” (p.37). Entretanto, elementos representacionais de tais objetos apareceram no discurso dos participantes, mesmo na ausência de perguntas diretas.

2. 3. Procedimento de coleta dos dados

Após o consentimento da Comissão de Ética do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo,

buscou-se o consentimento das diretorias dos hospitais (termo de consentimento – apêndice B), da coordenação da UTIN, e também dos participantes (termo de consentimento - apêndice C).

Após a autorização das instituições as mães foram abordadas em seus leitos ou dentro da UTIN quando visitavam seus bebês. Quando possível, o convite era feito ao casal. Entretanto, como a maioria dos pais só fazia visitas nos finais de semana e feriados, vários pais foram contatados após as mães terem sido entrevistadas sendo então provável que muitos já tivessem informações prévias sobre a pesquisa.

Durante a abordagem às mães e aos pais, era explicado que a pesquisa procurava investigar como os casais vivenciavam a experiência de ter um recém-nascido prematuro e de acompanhá-lo na internação. Não foram observadas resistências por parte das mães, porém alguns pais não compareceram ao local na data combinada e um pai não aceitou realizar a entrevista.

O tempo de duração da coleta dos dados foi de aproximadamente sete meses, sendo o término estabelecido pela saturação das respostas e pelo cronograma estabelecido no projeto de pesquisa.

Visando atender às normas éticas, as entrevistas não foram e não serão disponibilizadas publicamente, estando sob a estrita responsabilidade e guarda da pesquisadora. O anonimato dos participantes também foi e continuará garantido, sendo seus nomes substituídos por nomes fictícios na apresentação dos resultados em congressos e publicações em periódicos especializados, evitando

em qualquer hipótese sua identificação. Após a transcrição integral das entrevistas, as fitas foram arquivadas.

Várias dificuldades foram encontradas durante a realização da coleta: o tempo e os meios necessários para obter a autorização das instituições; a precariedade dos locais em que foram realizadas as entrevistas em duas das instituições; a ausência de algumas informações sobre o diagnóstico do recém-nascido nos prontuários dos bebês; a pouca disponibilidade dos pediatras para dar informações e, adicionalmente, compreender a letra dos médicos muitas vezes era impossível, sendo necessário recorrer a estes ou à equipe de enfermagem.

Em relação às interações estabelecidas entre pesquisadora e participantes, foi preciso um grande esforço por parte desta para conduzir a entrevista e oferecer suporte sem deixar-se levar pela emoção, pela dor das mães e dos pais expressadas no choro e nos silêncios.

2. 4. Procedimentos de análise dos dados

2. 4. 1. A proposta da *Grounded Theory*

A *Grounded Theory* ou a Teoria Fundamentada nos Dados foi criada pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, na década de 1960, em oposição à dominância dos métodos quantitativos na Sociologia que, seguindo a lógica positivista, pregavam a imparcialidade e passividade do observador, assim como a existência de uma realidade externa separada do pesquisador (Charmaz, 1995).

Havia uma preocupação em utilizar os métodos quantitativos para a verificação das grandes teorias no campo da Sociologia. Segundo Glaser e Strauss (1999) a pesquisa qualitativa era relegada às etapas preliminares das

pesquisas quantitativas, no intuito de prover categorias e hipóteses para a mesma. A tendência, na época, era a verificação das teorias existentes e não a geração de novas. Contudo, como apontaram os referidos autores

“(…) algumas teorias dos nossos predecessores, por não estarem baseadas nos dados não funcionavam, não cabiam ou não eram suficientemente compreensíveis para serem usadas e eram, portanto, inúteis em pesquisa, avanço teórico e aplicação prática” (p. 11).

Em contraposição a essa tendência e a partir do Behaviorismo Social de George Herbert Mead, posteriormente intitulado de Interacionismo Simbólico por Hebert Blumer (Farr, 2000), Glaser e Strauss propuseram a *Grounded Theory*. Segundo Fernandes e Maia (2001) tal proposta consistia em “criar uma ligação mais estreita entre a teoria e a realidade estudada, sem pôr de parte o papel activo do investigador, neste processo” (p.52).

A ênfase na apreensão dos significados que as pessoas atribuem a diversos objetos da realidade social caracteriza a *Grounded Theory* como um método que resgata o papel ativo do sujeito. Outra característica do método diz respeito à rejeição à quantificação dos dados, como defendem Strauss e Corbin (1998):

Quando falamos sobre análise qualitativa, não estamos nos referindo à quantificação de dados qualitativos, mas sim a processo de interpretação não matemático realizado com a finalidade de descobrir conceitos e relações em dados brutos e, em seguida, organizar estes num esquema teórico explicativo (p.11).

Respeitando a proposta da *Grounded Theory*, optou-se por não apresentar as frequências referentes às categorias elaboradas durante a análise de dados.

Retomando o surgimento da proposta em foco, sabe-se que alguns pressupostos interacionistas contribuíram para a elaboração da proposta metodológica que partia dos dados para a teorização, em oposição à utilização dos dados para a confirmação ou rejeição de grandes teorias. Os interacionistas simbólicos acreditam que: as pessoas participam ativamente em situações problemáticas; as pessoas agem baseadas em significados; o significado é definido e redefinido por meio das interações sociais (Strauss & Corbin, 1998).

Blumer (1969, apud Costain Schou & Hewinson, 1998) ao apontar três postulados do Interacionismo Simbólico permite a visualização das afinidades entre esta perspectiva e a Teoria das Representações Sociais. Os postulados destacados pelo autor são: (1) as ações humanas são determinadas pelos significados que os objetos têm para as pessoas; (2) os significados surgem das interações humanas e (3) os significados são mantidos e modificados por meio das interpretações dos indivíduos ao lidarem com os objetos, ou seja, ao se aproximarem do objeto. Para o Interacionismo Simbólico, é central a consideração de que a interação social é responsável pela geração de significado (Costain Schou & Hewinson, 1998).

Tendo em vista as afinidades entre os pressupostos epistemológicos do Interacionismo Simbólico (que embasam a *Grounded Theory*) e da Teoria das Representações Sociais, avaliou-se que esta proposta metodológica se adequava à presente pesquisa, principalmente por considerar os significados como

construções engendradas a partir da interação social em um determinado contexto. Por outro lado, o Interacionismo Simbólico, segundo Constain Schou e Hewinson (1998) ainda enfatiza o processo mental e o dualismo entre o subjetivo e o social. A Teoria das Representações Sociais, nesse caso, contribui para superar esse dualismo ao considerar que o indivíduo é construído pelo social ao mesmo tempo em que constrói a realidade.

De acordo com Heath e Cowley (2004) o objetivo da *Grounded Theory* consiste em explorar os processos sociais básicos, considerando a multiplicidade de interações que produzem variações nas percepções ou significados de um mesmo fenômeno. Para Yunes e Szymansky (2005) a *Grounded Theory* é um método de análise de dados que permite compreender o sentido de determinadas situações por ser um método sensível a contextos.

Ainda segundo tais autores, a *Grounded Theory* tem como proposta a geração sistemática de uma “teoria” derivada das relações de conceitos originados dos dados e não *a priori*. Ao coletar os dados e analisá-los concomitantemente, surgem construtos teóricos que indicam a necessidade de continuidade da coleta até chegar à idéia de saturação. Assim, como ressaltam Cassiani, Caliri e Pelá (1996) seu principal objetivo é construir uma teoria fundamentada nos dados, por meio da análise qualitativa destes.

Glaser e Strauss (1999) fazem uma distinção entre teorias substantivas e teorias formais. Segundo eles, teorias substantivas são desenvolvidas por uma área de investigação sociológica empírica sobre fenômenos tais como, para mencionar alguns exemplos, cuidados com pacientes, relações raciais e

delinqüência. As teorias formais, por sua vez, são formuladas para uma área de investigação sociológica formal ou conceitual, como por exemplo, a socialização, a mobilidade social e o poder. Ainda de acordo com eles os dois tipos de teoria se diferenciam em termos de níveis. O pesquisador, entretanto, deve escolher entre uma delas. Esta investigação se propõe a desenvolver uma teoria substantiva sobre a experiência de ter um filho prematuro internado em uma UTIN. Dessa forma, procurou-se alcançar uma “teorização” sobre este fenômeno por meio do estabelecimento das possíveis relações entre os conceitos originados das interpretações de diferentes atores sociais, uma vez que, como definem Fernandes e Almeida (2001):

“Teoria é diferente de uma descrição de dados, construindo-se com base num conjunto de procedimentos de conceptualização e no estabelecimento de relações plausíveis entre conceitos e conjunto de conceitos.(p.54)

Assim, uma vez tendo como proposta a construção de uma teoria não basta, por exemplo, identificar os temas. Um dos pontos destacados por Strauss e Corbin (1998) diz respeito à inter-relação entre os conceitos. Eles insistem na integração e relação entre categorias e subcategorias, assim como entre as próprias categorias. Dessa forma, não é suficiente, em nossa pesquisa, apresentar apenas os elementos das representações sociais ou as estratégias de enfrentamento, mas demonstrar como elas estão articuladas entre si e com as condições causais, contextuais e intervenientes dos fenômenos identificados ao longo da análise.

De acordo com Heath e Cowley (2004) a utilização da *Grounded Theory* em diferentes estudos terminou por gerar diversidade na utilização deste método. Desde o seu início vem sofrendo variações, tendo destaque a divergência entre seus próprios fundadores, Glaser e Strauss. Enquanto Glaser se preocupou em explicar detalhadamente alguns conceitos como *theoretical sampling* (amostragem teórica), *theoretical coding* (codificação teórica) e *theoretical memo* (memorandos teóricos), Strauss e Corbin dirigiram o foco ao desenvolvimento das técnicas analíticas para apontar os caminhos da *Grounded Theory* aos pesquisadores iniciantes. Para Glaser a leitura voltada ao fenômeno estudado apenas deve ser realizada quando a teoria já se encontra suficientemente desenvolvida. Strauss e Corbin, por sua vez, acreditam que a literatura influencia desde o início do processo por estimular tanto a sensibilidade teórica do pesquisador quanto a criação de hipóteses. Glaser critica a ênfase na dedução por exigir que sejam feitas várias perguntas e especulações sobre os dados. Strauss e Corbin utilizam a dedução como parte da criação da sensibilidade teórica (Heath e Cowley, 1998).

A presente pesquisa se baseou na abordagem de Strauss e Corbin (1998) e procurou seguir os passos sugeridos por estes autores para a elaboração de uma teoria fundamentada nos dados. Entretanto, como pontuam esses autores, os procedimentos por eles sugeridos não foram desenvolvidos para serem seguidos estritamente, mas para serem usados de forma criativa e flexível por pesquisadores. Portanto, a *Grounded Theory* foi parcialmente aplicada, uma vez que os dados já haviam sido coletados, não sendo possível realizar a amostragem

teórica, processo em que o pesquisador retorna aos seus entrevistados para obter maiores esclarecimentos sobre o fenômeno investigado.

A seguir serão descritos os principais procedimentos para o desenvolvimento de uma teoria fundamentada nos dados, de acordo com a proposta de Strauss e Corbin (1998).

Como afirmam Strauss e Corbin (1998) as técnicas e procedimentos foram elaborados no intuito de ajudar o pesquisador, mas nunca para determinar rigidamente os passos a serem seguidos. Durante a análise dos dados, leva-se em consideração a criatividade, a paciência e a flexibilidade do pesquisador para voltar às etapas anteriores e compreender melhor os conceitos criados e as relações entre eles. Modificações são realizadas constantemente até que seja elaborada uma teoria que possa explicar o fenômeno estudado.

O primeiro passo a ser realizado diz respeito à microanálise, que consiste em examinar e interpretar os dados destacando os principais problemas e assuntos e as possíveis alternativas para explicá-los. O conhecimento e a experiência do pesquisador contribuem para a identificação dos assuntos mais significativos nos dados. A microanálise é a etapa destinada à elaboração das categorias iniciais e, para que isso seja possível, são sugeridas três etapas: codificação aberta, codificação axial e a codificação seletiva.

Etapas 1 - Codificação aberta (*open coding*)

A codificação inicial diz respeito à geração de códigos por meio da análise do material linha-por-linha, sendo possível também ser aplicada em palavras, em sentenças ou em parágrafos. No presente estudo esta codificação levou em

consideração sentenças e parágrafos de acordo com o conteúdo das entrevistas. Em alguns momentos era impossível depreender um conceito com apenas uma sentença, sendo necessário considerar o parágrafo inteiro. Os códigos dizem respeito às propriedades de uma categoria, que apenas podem ser identificadas em um momento de análise posterior. Para melhor compreensão da codificação aberta segue abaixo um trecho de uma entrevista e sua respectiva codificação:

| Trecho de entrevista | Códigos |
|---|---|
| <i>(...) Pra falar a verdade, eu senti um mal-estar, tá entendendo? Mal-estar de verdade. Assim, porque...é o primeiro filho da pessoa, ta entendendo? Deveria ser diferente, como todos os outros, normais. Mas não foi. Foi assim...nas pressas, é...cheio de riscos, ta entendendo? E eu me senti mal, fiquei com mal-estar, não queria olhar muito, até cheguei a dizer: Não gosto de olhar, não' (Manoel).</i> | <p>Choque</p> <p>Sentindo-se triste por ver o primeiro filho em tal situação</p> <p>Frustração diante do bebê real</p> <p>Evitação comportamental</p> <p>Tendo medo de ver o bebê</p> |

Durante este processo de codificação, para criar o nome de um código, como por exemplo, **frustração diante do bebê real**, utiliza-se a comparação constante entre as entrevistas para se compreender melhor o processo implícito ao conteúdo do material. A comparação permite que se identifiquem as similaridades e as diferenças dos código e as categorias (ou conceitos) dentro de uma mesma entrevista e entre diferentes entrevistas. Charmaz (2000) sugere algumas questões básicas para a construção dos categorias como: o que está

acontecendo? O que as pessoas estão fazendo? O que esta pessoa está dizendo? O que estas ações e relatos querem apontar? Como o contexto mantém, impede ou modifica as ações e relatos?

Os códigos construídos levam à construção de categorias teóricas (ou conceitos), como exemplificado abaixo:

| Códigos | Subcategoria | Categoria |
|----------------|----------------------|-------------------------|
| Choque | Sofrendo ao ver bebê | Deparando-se com o bebê |
| Estranhamento | premature | premature real |
| Medo da morte | | |
| Tristeza | | |
| Agonia | | |
| Desespero | | |

Em alguns casos, dependendo do conteúdo do material, é necessária a criação de uma subcategoria, entretanto alguns códigos permitem a criação direta das categorias, como no exemplo a seguir:

| Códigos | Categoria |
|--|------------------------------|
| Sentindo-se alegre por ser o primeiro filho; | Enfatizando a importância do |
| Sentindo-se triste por ver o primeiro filho em tal situação; | primeiro filho |
| Sentindo alegria e tristeza por ser o primeiro filho. | |

Etapa 2 - Codificação Axial (*Axial coding*)

Vale pontuar, primeiramente, que a codificação axial não é necessariamente um passo analítico posterior à codificação aberta, pois o pesquisador percebe algumas possíveis relações entre categorias já mesmo durante a primeira fase de codificação.

Segundo Strauss e Corbin (1998) codificar ou categorizar axialmente consiste em relacionar categorias às subcategorias, de acordo com as propriedades e dimensões que vão sendo encontradas ao longo da análise de dados. As propriedades das categorias começam a surgir desde o processo de codificação aberta, mas é durante a codificação axial que se identificam quais categorias dizem respeito às condições, ações e interações e conseqüências de um determinado fenômeno.

A categoria explica o processo que está em jogo. A subcategoria, segundo os autores, responde questões sobre o fenômeno como: quando, por que ou como. As subcategorias, portanto, vão explicitar as dimensões e propriedades das categorias, a fim de formar um esquema explanatório dos comportamentos e práticas relacionados ao assunto estudado.

No início da análise pode não estar claro o que é categoria ou subcategoria, mas com o decorrer do processo de análise elas vão se definindo. Uma categoria surge através de comparações constantes entre os dados, portanto, elas devem ser aplicáveis a todos os casos na pesquisa em questão. As diferenças e variações nos dados estarão contempladas em subcategorias, através das propriedades e dimensões próprias de cada uma delas (Strauss & Corbin, 1998).

Como resultado da relação entre estrutura (categorias) e processo (relações entre as categorias), elabora-se um esquema organizacional, denominado paradigma, segundo a *Grounded Theory*. Geralmente uma série de condições é necessária para a produção e o desenvolvimento de uma situação. Sendo assim, as relações entre as categorias não são um mero processo de causa e efeito. A estrutura ou paradigma terá os seguintes componentes: *condições* (causais, contextuais, intervenientes) um modo conceitual de agrupar as respostas às questões sobre por que, onde, como e quando aconteceu. Juntas, formam a estrutura ou o conjunto de circunstâncias e situações que envolvem o fenômeno. As *condições causais* referem-se aos fatores que causaram a ocorrência do fenômeno. As *condições contextuais*, como o próprio nome indica, contextualizam a ocorrência do fenômeno. As *condições intervenientes* são aquelas que alteram, afetam a ocorrência do fenômeno como, por exemplo, algumas emoções sentidas, assim como também a cultura, as crenças, e as representações sociais. As *ações e interações* são estratégias cotidianas que dependem das condições identificadas. Nesta pesquisa, tendo em vista seu objetivo, foram consideradas como ações e estratégias apenas as estratégias de enfrentamento. As *conseqüências* são resultantes das ações e interações, mas também do processo entre as condições causais, contextuais e intervenientes. (Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 1998).

Tanto na codificação aberta, quanto na codificação axial, o pesquisador realiza sempre duas técnicas analíticas: o questionamento sistemático e a comparação constante dos dados, utilizando sempre o pensamento indutivo e

dedutivo conforme recomendam Fernandes e Maia (2001): “Se, por um lado o investigador define categorias que subentendem uma relação entre outras categorias, por outro tem de proceder a um movimento de verificação destas relações junto com os dados” (p.59).

Na apresentação e discussão dos resultados serão apresentados os paradigmas (estruturas hierárquicas) constituídos por categorias, subcategorias e códigos, de acordo com suas propriedades e fenômenos a que dizem respeito.

Etapa 3 - Codificação seletiva (*selective coding*)

Se na codificação axial as categorias e subcategorias são organizadas de acordo com suas propriedades e dimensões - condições, ações e interações e conseqüências - na codificação seletiva as categorias centrais são definidas e organizadas em uma estrutura hierárquica. De acordo com Strauss e Corbin (1998), a codificação seletiva consiste em um processo de integrar e refinar as diversas categorias, com suas respectivas subcategorias. Tal processo, portanto, não pode ser realizado antes da elaboração do esquema teórico adquirido após a codificação axial.

Strauss e Corbin (1998) salientam que o processo de integração acontece durante todas as fases de análise e é resultado de uma interação entre o pesquisador e os dados, da evolução de seus pensamentos com a submersão nos dados, e de todas as anotações durante a análise, em formas de memorandos e diagramas. A definição da categoria central é o primeiro passo para integrar as principais categorias formando um esquema teórico amplo que será denominado de teoria. A categoria central é aquela que representa o tema principal da

pesquisa. Sua nomeação exige uma abstração por parte do pesquisador para poder resumir, em poucas palavras, o que a pesquisa trata. A categoria central tem o poder analítico de explicar um conjunto de categorias e dependendo do estudo, pode-se identificar uma ou mais categorias centrais.

Ainda de acordo com os autores, fenômeno é definido como um padrão repetido de acontecimentos, eventos, ou ações/interações que representa o que as pessoas fazem ou dizem, sozinhas ou em grupo em resposta aos problemas e situações que elas se encontram. Cada fenômeno traz várias categorias e subcategorias que explicitam como se desenvolveu tal evento. Uma categoria suporta um determinado fenômeno que pode ser um assunto, problema, evento ou acontecimento significativo do que está sendo investigado. Os autores também consideram cada categoria como um fenômeno em si. Para maior compreensão da proposta da *Grounded Theory*, a palavra fenômeno neste estudo se referirá às categorias centrais, explicadas acima. Dessa forma, como será apresentado posteriormente, foram identificados três fenômenos ou categorias centrais: Entrando em contato com uma situação de alto-risco, Lidando diariamente com a dor e Aprendendo a ser mãe e pai “prematurados”.

Durante o processo de codificação o pesquisador pode criar memorandos (*theoretical memos*) que o ajudem a conhecer melhor seu objeto de estudo, por meio de anotações durante os processos de codificação, como já referido anteriormente. Segundo Charmaz (2003) os memorandos também podem ser úteis no processo de codificação, embora seja mais comum após a codificação axial.

Para a elaboração dos memorandos, o pesquisador deve descrever os detalhes dos processos aos quais as categorias estão submetidas ao longo das comparações entre os dados e entre as próprias categorias. Ele pode conter dados brutos como frases dos participantes, assim como evidências que sustentem as conjecturas, não apenas a respeito das categorias, mas da pesquisa como um todo. O memorando serve para fornecer evidências que embasam as propriedades das categorias. Além disso, ele serve para identificar as lacunas nas análises indicando a necessidade de amostragem teórica.

Por meio da comparação constante e das anotações nos memorandos, identifica-se muitas vezes lacunas ou insuficiências de informações. Para solucionar este obstáculo, pode-se recorrer à amostragem teórica (*theoretical sampling*) e assim refinar as categorias e realizar uma análise mais complexa (Charmaz, 2003).

Este procedimento consiste em retornar à coleta de mais dados por meio da realização de mais entrevistas ou aquisição de documentos, no intuito de clarificar os conceitos, definir melhor suas categorias e assim desenvolver a teoria (Langdridge, 2004). Para Strauss e Corbin (1998) a amostragem teórica tem como objetivo determinar as variações das categorias em termos de propriedades e dimensões ao permitir maiores comparações entre dados anteriores e novos dados coletados.

Uma vez que se tomou contato com a proposta da *Grounded Theory* somente após a fase de coleta de dados, não foi possível realizar a amostra

teórica. Contudo, tal técnica certamente poderia ter enriquecido a análise da experiência dos casais nas UTINs.

Compreender e aplicar a proposta da *Grounded Theory* é um desafio para qualquer pesquisador. Para esta experiência, uma de suas maiores contribuições foi o exercício constante de reflexão sobre os dados de uma forma abstrata, que certamente exigiu tempo e paciência. Pensar abstratamente sobre grande quantidade de dados era necessário, uma vez que para a *Grounded Theory* não interessa apenas conhecer os conteúdos dos relatos, e sim os processos subjacentes ou, como também se pode dizer, os processos psicossociológicos subjacentes nas variadas falas dos participantes entrevistados.

Fernandes e Maia (2001) ressaltam que:

Os investigadores da *Grounded Theory* não estão interessados em criar teoria sobre os actores individuais, mas sobre os padrões de acção e interação entre vários tipos de unidades sociais, sobre processos decorrentes das mudanças nas condições quer internas, quer externas, ao fenómeno em estudo (p.54).

Mesmo ciente de tal proposta, optou-se por incluir na discussão dos resultados alguns relatos de apenas um participante quando este dado acrescentava algum aspecto interessante para a compreensão e análise das categorias.

2. 4. 2. Utilizando o software QSR N6 como instrumento para a organização dos dados

A pesquisa qualitativa normalmente gera uma grande quantidade de dados textuais e informações que necessitam ser organizados adequadamente para a realização de uma análise profícua. Tendo em vista a quantidade de material coletado, muitas vezes faz-se necessário a utilização de um software apropriado ao estudo em questão.

Segundo Kelle (2000), a realização da análise qualitativa com o auxílio dos softwares traz algumas vantagens como: 1. realização de tarefas complicadas como localizar e copiar partes de textos, poupando tempo ao pesquisador, principalmente quando se trata de grandes amostras; 2. o processo de pesquisa torna-se mais sistemático e explícito, conseqüentemente mais transparente e rigoroso; 3. o pesquisador passa a empregar mais tempo em tarefas analíticas e criativas da pesquisa.

Os softwares para dados textuais não são instrumentos para análise de dados, mas sim para a organização e tratamento dos dados coletados. Eles apenas ajudam o pesquisador na tarefa gigantesca de codificação, elaboração de conceitos, registro de idéias e levantamento de hipóteses. (Kelle, 2000).

Um dos recursos geralmente disponibilizados nos softwares diz respeito à codificação do material textual. Após a codificação de partes do texto, o programa é capaz de rerepresentar as partes incluídas em um mesmo código ou categoria, permitindo a comparação entre os segmentos textuais. Os softwares também ajudam no refinamento dos conceitos e nos exames das hipóteses que surgem ao

longo do processo de análise. Para isso muitas vezes é preciso retornar aos dados ou ao campo com o objetivo de encontrar evidências que confirmem ou refutem as hipóteses. As hipóteses, na pesquisa qualitativa, seriam explicações possíveis sobre fatos, conjecturas sobre relações entre os conceitos ou categorias. (Kelle, 2000). Uma vez que tenha a possibilidade de organizar e visualizar os dados de forma clara e fazer comparações entre eles, o pesquisador tem mais condições de construir hipóteses acerca dos dados.

Pela quantidade de dados coletados nesta pesquisa (40 entrevistas) e considerando a proposta de análise (*Grounded Theory*), escolheu-se por utilizar o software QSR N6 para a organização e tratamento de dados das entrevistas.

O software QSR N6, anteriormente denominado NUD*IST é um programa voltado para a codificação de documentos textuais que opera em dois conjuntos de dados complementares: o sistema de documentos (*document system*), que contém os dados textuais (entrevistas) a serem analisados e o sistema de categorias (*node system*) onde se localizam as categorias construídas antes e/ou ao longo da análise. (QSR International, 2002).

Primeiramente todas as entrevistas foram exportadas do *Microsoft Word* para o QSR N6. A seguir, foram construídos códigos ao longo da codificação aberta da *Grounded Theory*. Seguidamente outros códigos, subcategorias e categorias foram criadas e modificadas ao longo do processo de análise até formar uma estrutura hierárquica de categorias, ou paradigma. É possível mudar a ordem das categorias, transferir dados de uma categoria para outra, entre outras opções que facilitam o exercício de codificação.

O *software*, dentre as inúmeras funções que disponibiliza, permite que se criem memorandos ao longo da análise para cada documento e para cada categoria, o que permitiu o registro de algumas idéias e observações. Ele também gera relatórios com os trechos de entrevistas selecionados em uma determinada categoria, o que permitiu realizar constantes comparações entre os dados. Pode-se solicitar alguns tipos de tabelas como, por exemplo, uma tabela contendo todos os participantes cujos trechos estão codificados em uma determinada categoria (*coding table*). Pode-se obter também uma tabela demonstrando as variáveis nas quais os participantes se enquadram (*document base data table*), como também uma matriz, (*matrix tables*) ao permitir o cruzamento entre categorias (QSR International, 2002).

Apesar do *software* exigir tempo para compreender suas funções e opções, com sua utilização foi possível economizar tempo na organização dos dados. Tempo este empregado nas idas e vindas do processo analítico em si, nas constantes modificações e refinamento das categorias elaboradas até se chegar às estruturas finais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o presente estudo partiu-se do pressuposto de que os principais fenômenos identificados no decorrer da análise de dados não ocorrem em um processo linear, como uma relação simples de causa e efeito. Eles estão relacionados entre si e representam processos da experiência parental prematura no contexto da UTIN. Cada grande fenômeno, por sua vez, implica outros processos internos decorrentes das relações entre categorias e subcategorias construídas.

É evidente que algumas categorias não existem apenas em um determinado grande fenômeno, mas também se fazem presentes em toda a experiência de hospitalização, como, por exemplo, as categorias relacionadas ao contexto hospitalar. Contudo, algumas delas se destacam mais do que outras em certos fenômenos. A partir dessa lógica, foram realçadas, para cada fenômeno principal, as categorias mais salientes.

Segundo Strauss e Corbin (1998) os fenômenos são apresentados geralmente como estágios ou fases. Contudo, alguns desses fenômenos, por serem muito descritivos, não podem ser reduzidos a estágios e apresentados como uma sequência. Nesse estudo, tentou-se organizar os processos dispondo-os em fases, embora se considere que os processos vivenciados pelos participantes não seguem, necessariamente, uma ordem cronológica.

Dessa forma, foram identificados três fenômenos principais referentes às vivências dos casais na UTIN: Entrando em contato com uma situação de alto-risco; Lidando diariamente com a dor e; Aprendendo a ser pai e mãe prematuros.

No decorrer da apresentação e discussão dos resultados de cada fenômeno serão comentadas suas respectivas condições causais, contextuais e intervenientes, assim como as ações e interações, e as consequências a eles relacionadas. Ao final de cada discussão dessas condições será apresentado um quadro explicitando suas categorias de referência, subcategorias, componentes e códigos. Durante a organização dos dados, em alguns momentos foi possível construir diretamente categorias a partir dos códigos referentes. Em outros momentos, devido à riqueza do material coletado, subcategorias e às vezes componentes de subcategorias foram também foram identificadas ao longo da construção de algumas categorias. Dessa forma, existe uma variação da diversidade de elementos apresentados em cada quadro.

Durante a apresentação dos resultados serão feitas as seguintes referências aos participantes: pais – homens e mães –mulheres.

3. 1. Primeiro fenômeno: entrando em contato com uma situação de alto-risco.

Não foram coletados dados específicos e detalhados sobre o início da hospitalização do recém-nascido prematuro, uma vez que o interesse maior concentrava-se no cotidiano hospitalar dos pais. Contudo, as categorias construídas a partir do Primeiro Fenômeno trazem informações imprescindíveis para que se possa compreender os fenômenos seguintes.

3. 1. 1. Condições Causais

O Primeiro Fenômeno tem início quando os pais recebem a confirmação da internação na UTIN, concretizando suas suspeitas ou sendo totalmente surpreendidos pela notícia.

A notícia da internação geralmente era comunicada pelos familiares ou pela própria equipe de saúde. As mães, por estarem internadas no hospital, na maioria das vezes recebiam a confirmação pela equipe de saúde. Os pais recebiam a notícia pelos familiares, uma vez que muitos estavam ausentes durante o parto. Contudo, em alguns casos os participantes também descobriram sozinhos que seus filhos estavam internados na UTIN, como comentaram pais e mães. Para alguns deles as explicações médicas foram dadas somente após terem descoberto o local em que estavam seus recém-nascidos: *“Não, eu nem sabia que aí era UTI, pensei que eles estavam na incubadora, pra se recuperar e ir pra casa, ser liberado. Depois que eu percebi que era UTI. Quando você percebeu? Ah, depois de uns dois, três dias que eu tinha ido. Mas você viu ou alguém falou? Eu vi, tem uma faixa lá”*(Henrique).

A equipe de saúde geralmente se referia a UTIN como berçário. Assim, muitas vezes mães e pais eram informados que seus filhos estavam no berçário porque precisavam da incubadora, mas não eram informados que eles estavam na UTIN. Com o passar do tempo, descobriam que o berçário se tratava, na verdade, de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A categoria referente à condição causal designada **recebendo a confirmação da internação do recém-nascido de alto-risco** é constituída por algumas subcategorias e códigos apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1: Condição causal do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco

| Fenômeno | Categoria | Subcategorias | Códigos |
|--|---|-------------------------------------|--|
| Entrando em contato com uma situação de alto-risco | Recebendo a confirmação da internação na UTIN | Por uma familiar | Sabendo pela mãe Sabendo pela sobrinha Sabendo pela irmã Sabendo pela cunhada Sabendo pelo companheiro |
| | | Pela equipe | Recebendo confirmação pela médica Recebendo confirmação pela enfermeira |
| | | Descobrimo sozinho durante a visita | Escutando que era uma UTIN Lendo a faixa de entrada |

3. 1. 2. Condições Contextuais

As condições contextuais identificadas no Primeiro Fenômeno foram: *percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe; não percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe; deparando-se com uma realidade incerta.*

Condição Contextual I: Percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe

Diante das diferentes abordagens em relação à comunicação da internação, os participantes também perceberam de forma diferenciada o atendimento dispensado pela equipe. No período inicial, de confirmação da internação do filho, pais e mães perceberam suporte e/ou orientação da equipe médica, quando esta fornecia informações suficientes ou agia de maneira suportiva, criando possibilidade para os pais se sentirem mais confiantes e se acalmarem diante da nova situação: *“Aí ela disse: não, ele tá na UTI, porque ele nasceu com dificuldade para respirar porque ele tava com um negociozinho. Aí ela levou...aí depois ela disse a mim tudinho. Aí me acalmou mais. Agora ela está respirando normal, quando ela disse” (Evelin); “E depois que ela falou que ele*

tinha que ficar na UTIN, te deu essa explicação toda. O que foi que você pensou? Eu fiquei calmo. Por que antes você estava como? Agoniado” (Otávio).

Alguns casos particulares serão destacados durante a análise dos dados, pois eles contribuem para a compreensão das vivências dos entrevistados, mesmo que as experiências relatadas não tenham ocorrido com a maioria dos participantes. Uma das mães, por exemplo, afirmava que as médicas falavam o mínimo sobre o estado de saúde do recém-nascido para não assustarem as mães. Portanto, o não oferecer informações detalhadas significou, para ela, uma forma de cuidado da equipe de saúde para com os familiares: *“Tem coisas que você não entende, não dá pra você entender, outras não. Pelo menos o que ela disse foi isso pra mim. Também elas não querem fazer um montão de susto, né? Pra você não desesperar mais. Aí ela falou , acho, o mínimo, né? Ela falou pro meu esposo também e ela falou isso pra ele também”*(Carla).

Os relatos dos entrevistados demonstram a importância do suporte da equipe durante o início da internação do recém-nascido, primeiramente, devido ao choque do casal ao se deparar com uma realidade frustrante; segundo, pelo fato de ser nesse momento inicial que se começa a tecer o vínculo entre família e equipe, vínculo que é fundamental para o casal ao longo da internação do recém-nascido prematuro de alto-risco.

Condição Contextual II: Não percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe

Por outro lado, outros pais e mães não perceberam acolhimento/orientação por parte da equipe destacando, frequentemente, a falta de informações sobre a

localização de seus recém-nascidos, assim como a insuficiência ou ausência de informações sobre o diagnóstico.

As mães eram comunicadas sobre a necessidade de internação do bebê comumente durante o parto. No entanto, a maioria delas não era informada sobre internação na UTIN, conforme descrito anteriormente. Assim sendo, uma vez internadas nas enfermarias, as mães tentavam localizar seus recém-nascidos perguntando às enfermeiras onde eles se encontravam, já que não haviam recebido informação precisa.

Os participantes sabiam descrever a condição clínica de seus bebês de uma forma geral porque receberam algumas informações dos seus familiares. Não obstante, percebiam que as mesmas eram insuficientes. Em seus relatos, as mães geralmente criticavam a falta de informações mais completas ou compreensíveis. Os comentários dos pais também indicaram um sentimento de descaso por parte da equipe, pelo fato de não terem sido procurados pelos médicos ou pela falta de habilidade dos profissionais ao dialogarem com a família nesse momento inicial: *“Entrar na UTI pela primeira vez, é...nem sei. É um...muito...solitária. Ela...a sensação assim de que você é...eu não sei explicar. Só sei que ali eles ficam...as médicas e as enfermeiras ficam no mundo delas, e a gente entra ali e ninguém dá uma assistência, ninguém diz nada. Pelo menos foi o que aconteceu comigo. Ninguém me disse nada, só simplesmente disse que era, perguntaram o que eu tava fazendo lá e eu falei, dei o meu nome, aí eles já mostraram, tá aqui um, tá ali o outro, mandaram eu olhar” (Ivo).*

O relato desse pai denuncia a exclusão sofrida pelos homens em setores hospitalares que tratam da saúde reprodutiva. Os assuntos concernentes a essa área ainda são concebidos culturalmente como restritos ao universo feminino. Como discutem Siqueira et al. (2002): “A presença maciça de mulheres, tanto nas equipes profissionais quanto no grupo de usuários, demonstra bem a associação entre a saúde reprodutiva e as mulheres” (p. 71). As explicações sobre o quadro clínico de bebê comumente eram dirigidas às mães, que posteriormente transmitiam-nas ao marido.

As mães contestavam mais frequentemente a falta de atendimento da equipe, fato compreensível uma vez que quase todas as entrevistadas estavam internadas no hospital, vivenciando a rotina e tentando se adaptar às novidades e à dinâmica da UTIN.

Os relatos descritos apontam que estes participantes que estavam avaliando os procedimentos da equipe, não se sentiram acolhidos e bem orientados. Assim, tal processo foi denominado como *não percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe*.

Condição Contextual III: Deparando-se com uma realidade incerta

Os relatos de um grupo de mães sobre o fato da equipe de saúde ter dado pouca esperança indicaram a existência do processo de deparar-se com uma realidade incerta, uma vez que os médicos não podiam garantir a sobrevivência do recém-nascido. Entretanto, o fato de os médicos não incentivarem a esperança não foi avaliado pelas mães como um comportamento inapropriado da equipe, mas considerado adequado naquele momento. Receber pouca esperança da

equipe médica contribuiu para a interpretação do contexto hospitalar como aversivo e doloroso, não devido à postura médica mas por causa da própria situação de prematuridade do recém-nascido, uma situação duvidosa.

As condições contextuais destacam a importância do diálogo entre equipe e família nos primeiros momentos do período de internação do recém-nascido. A forma como a abordagem da equipe acontece nem sempre é percebida como suportiva e acolhedora, como destacaram alguns entrevistados. Portanto, o casal nem sempre é incluído no processo de hospitalização do recém-nascido e sua exclusão pode perdurar durante todo o tratamento do bebê. Como desdobramento de tal processo, pode-se instaurar um conflito entre o casal e a equipe, dificultando a vivência hospitalar de pais e mães.

Gaíva (2006) trata da questão ética no cuidado ao recém-nascido de alto-risco, destaca que as famílias geralmente são consultadas em casos extremos, ferindo assim o princípio ético de autonomia individual. Uma vez que o recém-nascido não é capaz de expressar autonomia, cabe aos pais dar consentimento legal para a realização de tratamentos. Contudo, o consentimento esclarecido muitas vezes é vetado pelos profissionais, detentores de conhecimento e habilidades técnicas, ao impedirem os pais de dizerem o que gostariam que fosse feito com seus bebês. A autora destaca a importância de se trabalhar conjuntamente com os pais, garantindo-lhes o direito à informação para que possam tomar suas decisões. Entretanto, afirma que apesar das transformações na assistência ao recém-nascido nas unidades neonatais com o advento das

inovações tecnológicas, da inserção da família e da humanização do cuidado, muitas práticas ainda são pautadas por um modelo biologista de cuidado.

Segue abaixo o quadro 2, com as categorias sobre as condições contextuais identificadas no Primeiro Fenômeno.

Quadro 2: Condições contextuais do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|--|--|---|---|
| Entrando em contato com uma situação de alto-risco | Percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe | Recebendo explicações da equipe sobre Estado de saúde do bebê | Recebendo explicações da pediatra Recebendo explicações da enfermagem |
| | | Considerando a pouca informação como cuidado da equipe | Percebendo que a falta de informações representa um cuidado da equipe |
| | Não percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe | Considerando as informações insuficientes | Tendo informações incompletas Não recebendo detalhes do diagnóstico Tendo dificuldade de compreender a linguagem médica |
| | | Não sendo informado sobre a localização do RN | Procurando pelo recém-nascido |
| | | Sentindo descaso da equipe | Alegando não terem sido procurados pelos médicos Reclamando a falta de habilidade para comunicar condição clínica Percebendo falta de atenção da equipe |
| | Deparando-se com uma realidade incerta | | Recebendo pouca esperança da equipe |

3. 1. 3. Condições Intervenientes

À confirmação da internação na UTIN e ao contexto hospitalar inicial somaram-se outras condições, denominadas intervenientes. Com o decorrer da experiência surgiram outras condições intervenientes (além daquelas identificadas em um primeiro momento) resultantes dos processos de articulação entre

condições causais, contextuais, intervenientes primárias e ações iniciais. Essas outras intervenientes, por outro lado, também direcionavam outras ações ou estratégias, em um processo contínuo.

Foram identificadas as seguintes condições intervenientes: *reagindo à confirmação da internação do recém-nascido na UTIN; tendo consciência da gravidade; temendo a visão do bebê à beira da morte; deparando-se com o bebê real; enfatizando a importância do primeiro filho; tendo dificuldade para compreender o diagnóstico e; compreendendo o diagnóstico.*

Condição interveniente I: Reagindo à confirmação da internação do recém-nascido na UTIN

A descoberta da internação do bebê na UTIN acarretou variadas reações dos pais e mães, as quais foram categorizadas em três subcategorias: a) *ficando chocado com a notícia; b) vivenciando sentimentos ambíguos com a notícia; c) recebendo a notícia sem desespero.*

a) Ficando chocado com a notícia

O choque que surge com a confirmação da internação se associa a sentimentos como desespero, medo da morte e tristeza, por exemplo: *“Me deu vontade de chorar...quer dizer, eu sentia vontade, não, eu chorei. Porque...sei lá, bate um desespero na hora” (Olga).; “Foi meio chocante, né? Foi meio chocante, mas eu tava com os amigos, os meus amigos me dando força” (Fernando).*

Ao falarem sobre UTIN os participantes recorriam aos significados de uma UTI de adulto, que se caracteriza principalmente como um ambiente ameaçador, uma vez que os pacientes que lá se encontram estão entre a vida e a morte, de

acordo com as falas dos entrevistados. Destaca-se nesse processo a necessidade de construção de uma nova representação social diante de uma nova realidade que precisa ser compreendida, no caso, a UTIN. De acordo com Moscovici (2003):

É dessa soma de experiências e memórias comuns que nós extraímos as imagens, linguagem e gestos necessários para superar o não familiar, com suas conseqüentes ansiedades. As experiências e memórias não são nem inertes, nem mortas. Elas são dinâmicas e imortais (p. 78).

Nesse processo, os participantes resgatavam elementos característicos de um objeto já conhecido, a UTI, para tentar compreender melhor um novo contexto. No entanto, é imprescindível salientar que não apenas elementos cognitivos são resgatados no processo de ancoragem, os sentimentos associados a UTI também se fizeram presente, como, por exemplo, o medo da morte.

Por meio das referências recorrentes à melhora do RN ou por meio de silêncios, verificou-se a dificuldade de alguns entrevistados para falarem sobre seus sentimentos: *“Meio triste, mas disseram que tava bem, né? Que ia melhorando aos poucos, aí a pessoa não fica tão chocado não, mas é assim mesmo. (Lúcio).; “Como é que foi para o senhor entrar aqui na UTI , ver a neném? (Silêncio). O que foi que o senhor pensou logo que chegou? (Silêncio). O senhor já tinha entrado em uma UTI antes? Não. O que achou? Tranqüilo” (Cássio).*

Gomes (1992) também constatou a angústia sentida por mães e pais que tiveram bebês prematuros ao chorarem ou silenciarem durante os seus relatos, pelo sofrimento sentido com a situação de prematuridade. Tais subterfúgios

podem ser compreendidos como estratégias utilizadas no decorrer das entrevistas, tendo em vista o período delicado e sofrido que estavam vivendo.

b) Vivenciando sentimentos ambíguos com a notícia

Outro grupo de mães e pais vivenciou sentimentos ambíguos como tristeza e alegria, ao receber a confirmação da internação de seus bebês: *“Eu senti assim, uma...uma emoção e ao mesmo tempo uma tristeza ao saber...a emoção por eles ter nascido e tristeza de saber que eles tavam na UTI, né?”(Sandro).; **E como foi quando você ficou sabendo? O que você sentiu?** No momento eu fiquei alegre e triste porque naquele lugar...ninguém quer...assim na UTI”(Manuela).*

O grande desejo pela maternidade/paternidade pode ajudá-los a enfrentar a situação de risco de morte do bebê de forma mais positiva, construindo ou fortalecendo o vínculo necessário para a relação com o bebê. Apesar da angústia com a possibilidade da perda do bebê eles também têm esperança na sua sobrevivência, como constatado por Gomes (1992). O medo e a esperança caminham juntos durante a vivência da hospitalização do recém-nascido.

c) Recebendo a notícia sem desespero

Outros pais e mães afirmaram não terem se desesperado ao saberem da internação do recém-nascido na UTIN, apesar de nenhum deles ter passado por experiência anterior semelhante: *“Ah, num...num sei dizer não. Eu aceitei, assim, normal, né? Afinal de contas, seis meses, né? E...vai depender muito da sorte e dos cuidados também, né? Não me...não me desesperei não”(Sara).; “Pra mim eu tô achando normal. O que importa é que ele nasceu com vida. O resto quem cuida é Deus. **Quando disseram que ele poderia nascer prematuro, o que foi que***

você sentiu? *Eu não senti...eu fiquei normal porque como que Deus falou pra mim: 'Eu vou fazer um reboliço'. Isso daí eu já sabia, que eu ia passar pelo vale'(Tânia).*

Afirmar que a situação é normal ou que se sentiu “normal” diante da notícia demonstra aceitação ou a tentativa de aceitação, uma vez que a saúde ou a sobrevivência do bebê está sob os desígnios de Deus. A busca de suporte na religião se destaca, então, como estratégia de enfrentamento. Assim, a subcategoria *recebendo a notícia sem desespero* exprime a recepção da notícia de internação com serenidade, embora tal fato não signifique ausência de preocupação e sentimento por parte dos entrevistados.

Condição interveniente II: Tendo consciência da gravidade

Dentre os 20 casais, apenas um tinha conhecimento prévio da possibilidade de internação na UTIN. Um outro casal também sabia que seu filho precisava de internação, mas não tinha imaginado que seria em uma UTIN. O conhecimento prévio diz respeito às informações que os pais tinham antes da admissão hospitalar da mãe.

O que ocorreu com a maioria, então, foi tomar conhecimento da internação do recém-nascido poucas horas após as mães terem dado à luz, embora poucos tenham sido informados de que seus filhos se encontravam na UTIN.

A compreensão da gravidade dos problemas geralmente acontecia após saberem que seus filhos não estavam apenas em incubadoras, mas em incubadoras dentro de uma UTI Neonatal. Assim, como a reação à notícia é mediada pela representação de UTI, a consciência da gravidade também surgia

em decorrência do mesmo processo de ancoragem. Uma vez interpretada a realidade da UTIN a partir da UTI de adulto, dois processos aconteciam simultaneamente, um caracterizado pelas emoções (as reações emocionais), outro de caráter cognitivo (a consciência da gravidade do estado clínico do recém-nascido prematuro de alto-risco).

Visitar o recém-nascido depois de tomar conhecimento da internação na UTIN, por exemplo, foi diferente de entrar na UTIN pensando que era apenas um berçário: ***“E depois que você soube que era uma UTI, que você entrou lá, foi diferente? Foi porque eu sabia que realmente eles tavam grave mesmo. Aí foi mais difícil. E como foi entrar lá sabendo que era uma UTI? Não, essa partezinha eu não sou...eu sempre pensei pra mim que era uma sala. Eu sempre entrei sabendo que era uma sala pra ele se recuperar, pegar um pesozinho, uma gramazinha. Mas saísse normal. Pensei nisso, né? Mas não, depois que eu fiquei sabendo que era UTI, era desagradável porque eu sabia realmente que ele tava com risco de vida mesmo”*** (Henrique).

O temor da morte se faz presente durante a experiência dos pais no hospital e direciona ações e sentimentos como a tristeza e a frustração. Como se discutiu anteriormente, esse sentimento não surge no vazio, mas está vinculado aos significados de morte que são apreendidos ao logo da experiência de vida dos indivíduos, significados estes que dizem respeito a um determinado contexto sócio-cultural. Como sublinham Combinato e Queiroz (2005) “o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, relacionada tanto à psicologia quanto às ciências sociais” (p.209). Os

autores concebem a morte como um fenômeno psicossocial, uma vez que seus significados e valores dependem do contexto sócio-cultural e histórico em que ela se manifesta. Ao discutirem sobre a historicidade de tal fenômeno, apontam as transformações de visões e práticas relacionadas à morte com o decorrer do tempo. Debate necessário para que se possa compreender o medo da morte tão presente nos dias atuais. Ainda segundo os autores, a morte era encarada como algo familiar e natural na Idade Média. Os mortos não eram considerados presenças inoportunas e a população transitava nos locais onde eles eram enterrados. Com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina e a revolução higienista na modernidade, os mortos foram isolados do meio urbano por serem considerados fonte de perigo, contaminação e doença. Como decorrência, a morte se deslocou da casa das pessoas para os hospitais e, em alguns casos, especificamente para a UTI.

Kovacs (1992) ao discutir sobre as representações de morte nas obras de Áries, destaca que o surgimento do espiritismo no século XIX, época romântica, gerou o medo de almas por meio da possibilidade de intermediação entre vivos e mortos. Alguns rituais tornaram-se populares e já expressavam o medo dos mortos. Dentre os rituais descritos, a autora cita a prática de abrir uma porta após a morte de uma pessoa, para que sua alma pudesse sair e não incomodar.

Diante de tais considerações, percebe-se que o escamoteamento da morte, assim como o medo de sua ocorrência, se apresenta como expressão de um processo sócio-cultural que perdura até os nossos dias. Por temer a morte e não

compreendê-la e aceitá-la como um processo natural da existência humana, tenta-se afastá-la a qualquer custo. Para Hoffmann (1993) as pessoas não são preparadas para a morte durante o processo de socialização e com o passar dos anos, cria-se uma imagem negativa e incompreensões em torno do tema.

Além disso, a morte também é comumente associada aos adultos e idosos, como etapa final no trajeto do desenvolvimento humano, o que torna mais difícil a aceitação da morte infantil.

Tendo em vista as questões apontadas e, somando-as à importância afetiva e social do filho, compreende-se como é penoso e incompreensível para pais e mães considerar a morte de seus bebês.

Pode-se inferir a dificuldade dos genitores em lidar com a possibilidade de morte de seus bebês a partir da demonstração da dificuldade de pronunciar tal palavra, como observado em alguns relatos: *“Primeiramente a gente fica pensando que não vai resistir, e aí vai ficando” (Antônio).*; *“A gente fica sempre na esperança de que não aconteça esse negócio porque ela falou, como ele era muito pequeno, tinha o risco de vir a óbito, mas a gente fica na esperança que não aconteça” (Hilma).*

Parece que pronunciar a palavra morte seria concretizá-la, torná-la uma possibilidade real. Dessa forma, considerando-se o momento doloroso, evitá-la era necessário para que pudessem, de alguma forma, afastar sua sombra e acreditarem em um futuro possível. Mesmo diante da hesitação em pronunciá-la, o medo da morte persistia e se fazia presente na ausência da pronúncia. O próprio silêncio, os sinônimos, as evasivas, denunciavam a força desse sentimento.

Condição interveniente III: Temendo a visão do filho à beira da morte

Mães e pais também demonstraram em seus relatos o medo de olhar para o recém-nascido: ***“E quando ela chegou para você e falou que seu filho estava na UTIN, o que foi que você pensou? Eu fiquei preocupado, de olhar, né? Fiquei preocupado. Mas tudo indica que no decorrer do tempo ela vai melhorando. Você ficou preocupado em olhar? É, fiquei...O medo que a pessoa fica”***(Antônio).

De acordo com Moscovici (1978), as representações sociais contém proposições, reações e avaliações organizadas de maneira diversa de acordo com os grupos, culturas e classes. Além disso, elas necessariamente possuem um conteúdo imagético. A representação social de UTIN que por sua vez, se vincula à representação social de morte, parecia evocar imagens dolorosas de um bebê à beira da morte, acarretando o medo de olhar o recém-nascido após a notícia inesperada de internação na UTIN.

O medo da morte estava presente mesmo quando avisados sobre uma possível transferência do recém-nascido para outra unidade hospitalar devido à sua recuperação. Enquanto o bebê permanecesse internado na UTIN, o medo persistia. Essa persistência destaca o papel das emoções na gênese e na manutenção das representações sociais. Dessa forma, torna-se evidente que apesar da ênfase do caráter cognitivo nos estudos sobre representações sociais, as emoções possuem papel fundamental, assim como as práticas sociais. As emoções influenciam o processo de gênese das representações, como por exemplo, o processo de seleção de algumas informações, mas as emoções

também são geradas por representações, como no caso das reações resultantes do processo de interpretação de uma realidade, mediado pelas representações sociais.

Condição interveniente IV: Deparando-se com o bebê real

Ao se depararem com o bebê na primeira visita os entrevistados relataram reações diferentes.

a) Vivenciando sentimentos positivos

Respondendo sobre seus sentimentos ao verem o bebê pela primeira vez, certos pais se referiram aos sentimentos positivos como: alegria, alívio, amor, prazer: *“Tem ela, a menina. Para mim, a primeira vez que eu vi ela, pra mim foi...a melhor coisa do mundo. Ver minha filha ali. para mim foi tudo. O amor que eu tinha com tudo passou para ela. Me apaixonei, que nem amor à primeira vista (risos)” (Ulisses).*

b) Sofrendo ao ver o bebê prematuro

Poucas mães expressaram sentimentos positivos no primeiro contato com seus recém-nascidos. Mães e pais deram mais ênfase ao impacto sentido quando se depararam com o bebê, principalmente devido à sua aparência, por ele ser muito pequeno e estar submetido aos procedimentos e aparelhos da UTIN. A visão do bebê real rompia definitivamente com suas expectativas anteriores, com o bebê imaginado. O estranhamento, o medo da morte, a tristeza, a agonia e o desespero foram sentimentos relatados por eles em relação ao primeiro contato com o recém-nascido: *“É, fiquei com medo quando eu vi ele. Hum-hum. Na verdade eu tô com medo ainda”(Cássio); “Eu achava que ele não ia sobreviver*

não. A primeira coisa que eu olhei assim, muito pequenininho, muito magrinho, com aqueles negócio todo. Praticamente respirando...tava fazendo...só o coração dele que batia porque ele não fazia mais nada”(Olga).

A aparência do recém-nascido, tão diferente do esperado, rompe com as expectativas e desencadeia o processo de luto do recém-nascido sonhado. De acordo com Klaus, Kennell & Klaus (2000): “Eles devem conciliar sua imagem mental idealizada com a de um bebê pálido, magro e com aparência enfraquecida” (p. 123). Dependendo do tempo de nascido e do estado clínico do recém-nascido, de sua aparência geral, os temores adquirem uma dimensão maior, acarretando maior angústia para os casais. A partir das falas dos participantes percebe-se que ver o bebê prematuro pela primeira vez parece ser a causa do segundo grande choque dos pais, após o impacto com a confirmação da internação na UTIN: “*Meu marido foi dizer: ele cabe na palma da minha mão. Chorou que só também. Também fiquei chorando*” (Gabriela).

c) Vivenciando sentimentos ambíguos ao ver o bebê

As falas de outros entrevistados referiam-se à presença de sentimentos ambíguos, ou seja, felicidade por poder concretizar a parentalidade, e tristeza pelo estado clínico do recém-nascido: “*A primeira foi a ansiedade, né? De querer ver e o impacto é imenso, é uma coisa maravilhosa. A gente quando sabe que é o primeiro filho, aí é que tem aquele amor. A gente sente aquele amor radiante da alegria misturada com tristeza. Dá para entender, né? Por que alegria misturada com tristeza? Primeiro, alegria porque ele nasceu, está ali e um pouquinho de tristeza porque veio ali naquela situação, está ali, vai passar pelo processo e que a*

situação está grave” (Tiago); “Eu fiquei feliz demais. Fiquei feliz e agoniada por ela está ali, com aqueles aparelhos todinho” (Carla).

Como se percebe, houve uma variação nas reações dos participantes ao se depararem com o recém-nascido prematuro. A maioria das mães se sentiu chocada ao ver o bebê, enquanto os pais relataram sentimentos positivos, sentimentos negativos e sentimentos ambíguos durante o processo *deparando-se com o bebê real*. Contudo, vale refletir sobre o fato de os pais terem expressado mais sentimentos positivos do que as mães durante a primeira visita.

A literatura sobre maternidade tem apontado que, desde o início da gravidez, a mulher começa a imaginar e a construir expectativas acerca do bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 2000, Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Apesar das preocupações sobre a saúde do bebê características da gestação, como, por exemplo, malformação e prematuridade, de acordo com o que constataram Piccinini et al (2004), as mães esperam que seus bebês nasçam com saúde. O nascimento prematuro torna reais as fantasias e temores das mães durante o período de nove meses de gestação. Além disso, conforme os mesmos autores, as mães temem terem feito algo que pudesse ter prejudicado o feto. A prematuridade então faz emergir uma série de questões em torno de suas possíveis causas. Tanto o pai quanto a mãe possuem expectativas sobre o seu bebê, contudo, as mães, por terem gestado o bebê, podem sentir-se mais responsáveis pela prematuridade e, portanto, mais culpadas por sua ocorrência. Apesar das mudanças nas relações parentais, as mães ainda se sentem as principais responsáveis pelos filhos e tamanha responsabilidade

acarreta muitas vezes sofrimento para a mulher, como ressaltam Gaíva e Ferriani (2001): “Apesar da transformação do papel da mulher na sociedade, a própria mulher ainda hoje carrega o peso de algumas representações consideradas socialmente corretas, como o de ser mãe, mas mãe de um bebê forte e saudável” (p.19), como exemplificado na fala seguinte: *“Pensava que ia ser de nove meses, normal. Vê ele grandinho, gordinho” (Gabriela).*

Condição interveniente IV: Enfatizando a importância do primeiro filho

No decorrer das entrevistas, apenas os pais enfatizaram a importância do primeiro filho, ao falarem sobre a alegria do primeiro contato ou sobre a tristeza de vê-lo naquelas condições. Percebe-se então uma outra condição interveniente, na medida em que tal importância pode dificultar ou amenizar o estado emocional nessa primeira fase de hospitalização: *“Meu marido ficava conversando comigo que ia ser bom, que já estava na hora da gente ter um filho. Aí eu fui me acostumando, sabe? Com aquilo. E fui gostando da idéia” (Carla).*

Ao focar as relações entre as práticas educativas parentais e a ordem de nascimento dos filhos Sampaio (2007) afirma que as pesquisas recentes têm revelado que o primogênito recebe maior investimento parental. Os dados sugerem que o nascimento do primeiro filho também é importante para os homens. Através dos relatos eles expressaram o desejo pela paternidade e suas frustrações ao verem que suas expectativas não se concretizaram. O fato de que apenas pais tenham salientado a importância do primeiro filho não significa que este não tenha importância para as mães, mas permite perceber a importância simbólica que o primeiro filho tem para os pais.

De acordo com Gatrell (2005) o nascimento do primeiro filho tem um maior impacto para mães e pais. Simão, Miranda-Ribeiro, Caetano e César (2006) compartilham da idéia de que o nascimento do primeiro filho é um fato extremamente importante para a mulher, pois dá início a uma nova etapa em sua vida e determina seu comportamento reprodutivo futuro.

Condição interveniente V: Tendo dificuldade para compreender o diagnóstico

Este processo diz respeito às dificuldades do casal para compreender o diagnóstico devido ao impacto emocional e à falta de informações suficientes.

a) Tendo dificuldade para compreender o diagnóstico devido ao impacto emocional

Para alguns participantes, a compreensão e a retenção das informações contidas no diagnóstico foram prejudicadas pelo choque sentido: *“Eu perguntei como a menina tava, ela disse que era uma menina grávida... Assim, prematura...E sempre falava assim, é porque na hora eu não decorava muita coisa não porque eu ficava nervosa, desesperada. Porque nunca aconteceu isso comigo, eu não sabia o que era. Teve o primo dele que passou por isso eu não sabia. Passou três meses aqui, ela. Eu não sabia o que era. Eu não achava que isso ia acontecer comigo. Mas você conseguiu entender o que a médica estava falando? Não. Não conseguiu entender? Consegui entender que ela era uma menina assim prematura, e que se acontecesse alguma coisa com ela se ela morrer, eu ficasse assim... Assim sabendo né? Porque uma hora ou de outra ela podia morrer”* (Fernanda); *“Ela falou porque é...Puxa, não lembro não. Não*

lembra de nada? Não, não. Eu fiquei preocupado aí vim entrar pra mim ver no hospital. Aí fiquei mais tranqüilo quando avistei” (Bernardo).

O impacto emocional dificultava a compreensão das informações, ou bloqueava as informações recebidas fazendo com que mães e pais esquecessem seus detalhes.

b) Tendo dificuldade para compreender devido à falta de informações

O contexto percebido por esses participantes era de pouco acolhimento, com uma equipe hospitalar que não oferecia suporte e que não dava informações suficientes sobre a condição clínica de seus bebês, o que, aliado ao impacto emocional, pode ter contribuído também para a dificuldade de compreensão. Diante desse contexto procuravam mais informações ou se queixavam da falta de esclarecimentos. Mesmo assim, alguns conseguiam compreender a gravidade da situação pelo fato de se encontrarem na UTIN, como já relatamos anteriormente.

Os resultados acima descritos sugerem a influência das emoções na memória. Como destacam Pergher, Grassi-Oliveira e Stein (2006):

“Fortes emoções parecem alterar o processamento mnemônico, levando a uma perda de detalhes periféricos. Dessa forma, não há prejuízo ou facilitação global da memória traumática, mas sim, diferentes processamentos agindo simultaneamente para detalhes periféricos e centrais”(p.66).

Considerando o contexto, é compreensível que, sob forte emoção, o indivíduo consiga apenas apreender e recordar alguns aspectos da experiência na qual está inserido. O choque emocional, por sua vez, surge pela frustração das

expectativas e temores relacionados à morte, ou seja, vincula-se a uma rede de representações. Mais uma vez, percebe-se a relação entre significados e emoções. As emoções, dessa forma, permeiam e estão associadas aos significados que os indivíduos atribuem a diversos objetos sociais relevantes naquele contexto como maternidade, paternidade, filho, morte, UTIN. Os aspectos cognitivos e emocionais não se dissociam e direcionam constantemente as práticas sociais. Assim sendo, não se pode discutir as representações sociais de tais objetos, sem levar em consideração a carga afetiva que tais significados possuem.

Condição interveniente VI: Compreendendo o diagnóstico

Alguns participantes pareciam estar *compreendendo o diagnóstico* ao falarem sobre o estado clínico de seus bebês. Dentre esses pais e mães, apenas alguns fizeram referência a um contexto de acolhimento. O fato de receber acolhimento e/ou orientação da equipe facilita a compreensão do diagnóstico, mas não é o único fator que contribui para a mesma. Além do estado emocional, não se pode descartar a busca de informações por parte dos casais no intuito de ter uma melhor compreensão da condição clínica do RNP.

Como se percebe, a compreensão ou não do diagnóstico é uma outra condição interveniente desencadeada pelas condições causais, contextuais, intervenientes, bem como pelas estratégias adotadas. Ter ou não ter dificuldade para compreender o diagnóstico do filho pode ser resultante do contexto (suportivo ou não), das condições intervenientes (como, por exemplo a reação emocional) e

das próprias ações dos pais e mães. As intervenientes, por sua vez, direcionam a adoção de estratégias de enfrentamento.

Segue abaixo o Quadro 3, explicitando as categorias identificadas e discutidas no Primeiro Fenômeno:

Quadro 3: Condições intervenientes do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|--|---|--|---|
| Entrando em contato com uma situação de alto-risco | Reagindo à confirmação da internação do recém-nascido na UTIN | Ficando chocado com a notícia | Desespero Choque Medo da morte Tristeza |
| | | Tendo sentimentos ambíguos com a notícia | |
| | | Não se desesperando com a notícia | Aceitando “normal” Achando “normal” |
| | Tendo consciência da gravidade | Percebendo a UTIN como lugar ameaçador | Percebendo a UTIN como lugar de pessoas adultas graves Percebendo a UTIN como lugar de pessoas graves Percebendo a UTIN como um lugar de pessoas entre a vida e a morte UTIN significando risco de morte |
| | Temendo a visão de um bebê à beira da morte | | Tendo medo de ver o bebê na UTIN |
| | Deparando-se com o bebê real | Vivenciando sentimentos positivos ao ver o RNP | Alegria Alívio Amor Prazer |
| | | Sofrendo ao ver o bebê prematuro | Estranhamento Medo da morte Tristeza Agonia Desespero |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | Vivenciando sentimentos ambíguos ao ver o bebê prematuro | Alegria e tristeza Alegria e preocupação Alegria e desespero Alegria e medo da morte Alegria e agonia |
| | Enfatizando a importância do primeiro filho | | Sentindo-se alegre por ser o primeiro filho Sentindo-se triste por ser o primeiro filho Sentindo alegria e tristeza por ser o primeiro filho |
| | Tendo dificuldade para compreender o diagnóstico | Tendo dificuldade para compreender o diagnóstico devido ao impacto emocional | Não conseguindo entender o que a médica explicava devido à emoção |
| | | Tendo dificuldade de compreender devido à falta de informações | Não tendo muitas informações sobre a condição clínica do RN |
| | Compreendendo o diagnóstico | | Explicando as causas da internação |

3. 1. 4. Ações e Interações

As principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pais e mães nesse período inicial e identificadas na análise de seus relatos foram: reestruturação cognitiva; minimização; busca por suporte; busca por informações e; delegação.

Estratégia de Enfrentamento I: Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva caracterizou-se nesse fenômeno por três subcategorias denominadas *ressaltando aspectos positivos da internação; tendo esperança na recuperação do recém-nascido e; minimizando as condições clínicas do recém-nascido.*

a) Ressaltando aspectos positivos da internação

Quando os participantes ressaltavam aspectos positivos, eles se referiam principalmente aos aspectos positivos da internação ao afirmarem que o RN

estava sendo bem cuidado e ao salientarem os aspectos benéficos da internação para a recuperação da saúde do RN. Além disso, eles valorizavam a equipe de saúde afirmando uma boa qualidade de atendimento.

b) Tendo esperança na recuperação do recém-nascido

Ter esperança na recuperação, apesar do diagnóstico desanimador, foi o segundo tipo de reestruturação cognitiva mais utilizada pelos participantes: *“Eu pensei assim, ela vai crescer, apesar disso, que os médicos tão dizendo, tenho fé em Deus que ela vai crescer. Eu vou pegar nela e levar ela pra casa” (Manuela).*

c) Minimizando as condições clínicas do recém-nascido

A minimização também era outra forma de tentar lidar com a situação. Mães e pais geralmente minimizavam o problema ao relatarem que o recém-nascido prematuro estava bem ou que estava internado por um problema simples, apesar de estar na UTIN: *“Eu sabia que ela vinha pra cá. Porque lá onde ela tava... não tinha nem um quilo. Eu pensei assim, que ela vinha pra cá até pegar peso, tá entendendo? Eu nem imaginei coisas piores não, sabe?” (Júlia); “Quando ela falou para mim. Mas só que os colegas que eu tava me diziam: ‘não, rapaz, isso é normal. Ficar dentro da incubadora ali’. Que eu já tinha visto já. A filha de um amigo meu, que estava comigo lá, eu fui visitar ela e tudo. É aquela mesma coisa e tal. Aí, pronto” (Fernando).*

Após o choque inicial com a notícia e a primeira visita ao recém-nascido, mães e pais procuravam outras formas de significar a situação, visualizando a possibilidade de um futuro possível para seus bebês. Assim, tornava-se preciso

acreditar na sobrevivência dos seus filhos para que eles possam continuar a enfrentar a situação.

Acreditar na equipe, assim como acrescentar elementos positivos na representação social da UTIN, ao considerar a incubadora como o útero materno, torna-se necessário para a continuação do investimento parental e para que os casais enfrentem a situação de um bebê com risco de morte. Esse movimento reflete o caráter dinâmico das representações sociais como fenômenos em constante transformação em decorrência da experiência vivenciada pelos sujeitos. Também explicita a estreita relação entre *coping* e representações sociais.

Essa estreita relação pode ser constatada inicialmente porque é por meio das representações sociais que os indivíduos avaliam o problema estressor. Como afirmam Faria e Seidl (2005) a seleção de respostas de enfrentamentos são mediadas por avaliações cognitivas. Ainda segundo as autoras

(...) deve-se levar em consideração que o enfrentamento é influenciado pela cultura, já que ela pode modelar, por exemplo, as avaliações da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo, e as estratégias de enfrentamento que podem ser ensinadas e privilegiadas em um contexto sociocultural, em detrimento de outras (p.383).

Portanto, pode-se presumir que as estratégias de enfrentamento são mediadas pelas representações sociais de objetos relacionados a uma situação estressante. Além disso, com a vivência da experiência estressora, surge a necessidade de transformação de algumas representações para que se possa vivenciar de maneira mais suportiva a situação de crise. Sendo assim, as

estratégias de enfrentamento classificadas como reestruturação cognitiva podem ser parte do processo de transformação de uma representação social, na medida em que acrescentam elementos mais positivos a um objeto social valorado negativamente, como é possível sê-lo a UTIN. Nesse caso, as estratégias, compreendidas como práticas sociais, caracterizam-se como agentes de transformação pois, de acordo com o que afirma Rouquette (1998), no âmbito da TRS, as práticas e as representações sociais relacionam-se dialeticamente. Ao mesmo tempo em que as estratégias de enfrentamento estão sendo orientadas pelos conteúdos das representações, contribuem para a transformação destas mesmas representações.

Estratégia de Enfrentamento II: Busca por suporte

A *busca por suporte* especificamente a *busca por suporte espiritual* foi o segundo tipo de estratégia mais utilizada pelos entrevistados, após a reestruturação cognitiva. Geralmente era adotada por pais e mães após saberem da notícia de internação do bebê na UTIN. Uma vez confirmada a internação, e diante da impotência sentida e da irreversibilidade do problema, os entrevistados costumavam pedir a Deus a recuperação do filho, uma vez que apenas ele poderia salvá-lo: *“Eu fiquei, fiquei com medo, fiquei pensativo. É...fiquei pensando muito, pedindo a Deus pra que ele saísse dali, que fosse pra outro canto. Ele não, ela, né? Mas...como é que se diz, a gente ta lá ainda, ta vendo se...já faz mais de 15 dias, tanto o médico e a médica disse que era uma criancinha muito forte, que já agüentou já muitas coisas , não sei se você”*(Manoel).

A recorrência a um ser supremo não indica fuga da situação por parte dos entrevistados. Pargament, Kennell, Harhaway, Grevengoed, Newman e Jones (apud Faria e Seidl, 2005) afirmam que a religião pode servir para diferentes propósitos concomitantemente, podendo representar um processo de solução de problemas e não uma estratégia defensiva ou de esquiva por parte dos sujeitos.

Como destacam alguns estudos com pais que têm filhos hospitalizados, a busca por suporte espiritual é uma estratégia comumente encontrada na experiência de hospitalização de um filho (Gomes, 1992; Souza, 1997; Oliveira, 1998; Tronchin, 2003; Tronchin & Tsunehiro, 2006). Pode-se afirmar que as crenças religiosas, ao mesmo tempo em que servem como base para justificar a prematuridade como uma provação divina (Barros & Trindade, 2004), são também uma fonte de forças para os familiares.

Estratégia de Enfrentamento III: Busca por informações

A *busca por informações* diz respeito à procura dos participantes por informações mais esclarecedoras sobre o estado clínico do recém-nascido. Eles buscaram explicações dos pediatras, das enfermeiras e até de colegas de trabalho, para compreenderem o que estava acontecendo com seus filhos: *“Quando eu soube que era uma UTI...eu...o que será que meu filho tem? Eu preciso que alguém me diga. É tanto que eu busquei ajuda lá na empresa. A proprietária da empresa tem cunhados...Eu fui lá, falei com ela “ Eu preciso que algum médico me explique: o quadro do meu filho é esse. O que é que está acontecendo com ele? Aí me informaram que era um procedimento normal, era pra ele ganhar peso” (Roberto); “Procurei a médica. Ela falou para mim que ela*

tava com o oxigênio. Aí realmente ela reagia bem. Ela foi só para tomar medicação por causa da infecção porque ela engoliu um pouco do meu líquido” (Hilma).

A busca por informações expressa um movimento por maior compreensão de uma realidade estranha, no caso, a UTIN. Dessa forma, a conversação cotidiana representa uma possibilidade de obter conhecimento mais inteligível sobre a UTIN e os variados aspectos que dela fazem parte, como no caso, o diagnóstico do recém-nascido. Dito de outra forma, esse processo demonstra uma tentativa de tornar o não familiar (UTIN) em familiar, rompendo com a barreira invisível entre os universos reificados e consensuais, ou seja, entre a linguagem médica e a linguagem do senso comum.

De acordo com Moscovici (2003) tempos de crise revelam o caráter das representações sociais, motivando os indivíduos a tentar compreender um mundo não familiar e perturbado. Como decorrência da recriação da realidade, alguns elementos são salientados e configurados pelo grupo para que se possa atuar e ter controle sobre o novo. Tal dinâmica de reconstrução é mediada pelos afetos, valores, outras representações sociais do grupo, assim como pelas experiências particulares de cada indivíduo.

A busca por informações não garante a compreensão detalhada do quadro clínico, primeiramente porque a compreensão, como discutido anteriormente, depende de outros fatores como a abordagem da equipe médica na comunicação do diagnóstico e estado emocional dos familiares. Por outro lado, a busca de informações sobre a UTIN e o diagnóstico do recém-nascido é uma estratégia que

possibilita pais e mães compreenderem melhor o ambiente confuso e assustador da UTIN, passando de expectadores a atuantes e colaboradores no contexto hospitalar.

Infelizmente os genitores que questionam e buscam constantemente informações nem sempre são compreendidos ou aceitos pela equipe de saúde, sendo rotulados de inconvenientes. Conforme o que foi identificado por Rossato-Abéde e Ângelo (2002) em pesquisa realizada com enfermeiros em unidades neonatais de alto-risco, um dos argumentos utilizados pela equipe é o de que a presença dos familiares pode prejudicar o andamento do serviço, já que a equipe teria que dispensar tempo aos mesmos para explicar os procedimentos adotados e o quadro clínico dos bebês.

Tal postura profissional reflete despreparo da categoria profissional em compreender os aspectos inerentes da hospitalização do paciente. Como afirmam Gaíva e Scochi (2004):

Na prática, os serviços mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal, mas a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho implantada, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde, para dar conta das novas necessidades que se colocam no processo de trabalho, bem como a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação (p.2).

Embora seja compartilhada a crença da necessidade de se ter uma visão holística do recém-nascido, considerando os pais como atores fundamentais no

processo de recuperação do bebê de alto-risco (Martinez, Fonseca, & Scochi, 2007; Gaíva e Scochi, 2004, Rolim & Cardoso, 2006), muitos profissionais ainda não pautam suas práticas a partir de tais considerações.

Estratégia de Enfrentamento IV: Delegação

Alguns pais reclamavam por não terem sido procurados pelos médicos para maiores esclarecimentos. Como as entrevistas de alguns deles não indicaram a busca de maiores informações, pode-se inferir que esses pais utilizaram a delegação, especificamente a queixa, como recurso neste processo inicial. Contudo, o fato de reclamar sobre a falta de atenção dos médicos pode sugerir também que os pais estavam percebendo seus direitos de pai.

Entretanto, tais queixas não eram dirigidas aos médicos, uma vez que eles calavam-se diante dos pediatras e tentavam obter informações sobre o filho por meio de suas esposas e das enfermeiras de plantão. Desse modo, as informações que recebiam eram informações vindas a partir de um outro, já eivadas de interpretação deste intermediário. Baldini (2001) em estudo com pais e mães que tiveram filhos internados discute a respeito do constrangimento sentido por eles diante da figura do médico, como se tivessem que pedir permissão para expor suas dúvidas.

Esses pais eram desprovidos do direito às informações ao serem considerados coadjuvantes e assumiam de certa forma o papel que a equipe lhes atribuía. O diálogo com o pai, assim como o diálogo com a mãe, deve ser considerado, como destaca Gaíva (2006), uma “ferramenta para um cuidado mais humano e ético, pois a comunicação e a interação com o outro podem gerar novas

possibilidades de enfrentamento de uma situação de dificuldade pelo cliente” (p. 65).

O quadro 4 apresenta as estratégias de enfrentamento identificadas neste Primeiro Fenômeno.

Quadro 4: Ações e interações do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|--|--------------------------|--|--|
| Entrando em contato com uma situação de alto-risco | Reestruturação Cognitiva | Ressaltando aspectos positivos da internação | Valorizando aspectos positivos da internação Valorizando a equipe Enfatizando que a UTIN dispensa cuidados super especiais. |
| | | Tendo esperança na recuperação do recém-nascido | Acreditando que a prematuridade é prova divina Tendo esperança na recuperação |
| | | Minimizando as condições clínicas do recém-nascido | Acreditando que o filho está bem de saúde Acreditando que filho está internado por um problema simples. |
| | Busca por suporte | Busca por suporte espiritual | Entregando nas mãos de Deus Pedindo a Deus a recuperação do RNP |
| | Busca por informações | | Procurando maiores informações com as enfermeiras Procurando informações com o pediatra Procurando informações com colegas de trabalho |
| | Delegação | Queixas | Se queixando da falta de informações Se queixando por não ter sido procurado pelos médicos |
| | | | |

3. 1. 5. Conseqüências

Algumas categorias foram identificadas como conseqüências do processo de *Entrar em contato com uma situação de alto-risco*. Foram elas: *frustração; sentimento de culpa; ansiedade e; temendo internação prolongada*.

Consequência I: Frustração

A frustração com o nascimento prematuro foi percebida no discurso dos casais: *“Pra mim foi difícil por que eu não pensei que ele ia ser prematuro. Eu nunca pensei que ia ter ele com oito meses. Pensei que ia ter com nove, né?”*(Evelin).; *“Aí fica difícil, fica difícil. Não fica como a gente esperava que fosse, né? De nascer num dia ir para casa no outro. Feito as colegas dela mesmo, uma foi no sábado a outra foi no domingo, não, na segunda”* (Fernando).

O sentimento de frustração é produto da não concretização das expectativas relacionadas ao nascimento imaginado construído ao longo da vivência da gravidez. O imaginado, por sua vez, é construído subjetivamente em torno de um conhecimento engendrado no espaço social. Espera-se sempre um bebê geralmente saudável e bonito, que concretize o projeto do casamento de construir uma família. Para que essa família possa ser construída é imprescindível ter filhos. Como sublinha Sarti (1996) em estudo com famílias pobres na cidade de São Roberto “o projeto do casamento, em que está implícita a constituição de uma família, é associado à idéia de ter filhos” (p.72).

Tendo em vista a importância dos filhos para os casais, pode-se concluir que ter um filho prematuro ameaça a concretização do projeto de contruir uma “família de verdade”.

Consequência II: Sentimento de culpa

O sentimento de culpa foi identificado principalmente nos relatos das mães quando estas falavam sobre as possíveis causas da prematuridade: *“Eu vejo ela sofrendo, aí eu boto toda a culpa em mim por causa que ela tá ali. Esta semana*

ela teve hemorragia pulmonar. Pronto, aí foi que a culpa chegou, visse? A culpa chega. Às vezes eu tenho raiva de mim. Eu começo a sentir ódio de mim” (Karla). Só um dos pais falou sobre seu sentimento de culpa pelo nascimento prematuro do recém-nascido. Mas ainda assim, incluiu a mãe na responsabilidade pela prematuridade: *“Ah, isso que eu falei pra senhora agora...que eu devia... A gente sempre erra um pouco né? Pensei que os pecados estava caindo em cima dos dois. Tava pagando por causa disso” (Henrique).*

A prematuridade, para o pai, é considerada como um castigo divino pelos erros do casal, uma conseqüência de seus erros ao longo da vida, enquanto que para as mães ela indica um descuido da mesma com o filho durante a gestação. O medo de ter feito alguma coisa para prejudicar o feto durante a gestação também foi identificado nas falas das gestantes investigadas por Piccinini et al. (2004).

Klaus, Kennel e Klaus (2000) também tratam do sentimento de culpa de pais e mães: “Os sentimentos de culpa também aumentam a ansiedade. Os pais temem que algo que tenham feito ou deixado de fazer durante a gravidez tenha afetado o bebê e resultado na sua prematuridade” (p.122). O sofrimento advindo da culpa, identificado por diferentes pesquisadores e destacado na literatura, alerta para a necessidade de intervenção da equipe de saúde no intuito de desmistificar as fantasias dos casais acerca da causa do nascimento prematuro, preparando-os para o fortalecimento do vínculo parental por meio do empoderamento do papel de mãe e pai.

Infelizmente a equipe de saúde nem sempre atua tendo em vista os processos psicológicos que mães e pais vivenciam, como exemplifica o relato a

seguir: *“Falavam que era uma malvadeza o que eu fiz. Eu não fiz nada não. ‘É uma malvadeza, mãe, ficava de repouso’. Mas não tem ninguém pra fazer nada para mim. Eu tenho que lavar, passar, cozinhar e arrumar. Eu tinha que fazer alguma coisa, comprar as coisas que faltava. Ele trabalha, aí é isso. Também se eu soubesse que era para ficar o dia todo, todos os dias deitada na cama, de pernas para cima, eu teria ficado, mas eu não entendia nada, né? Primeiro filho”* (Fernanda).

A responsabilidade pela prematuridade, nesse caso, foi direcionada apenas à mãe, sem refletir que atuação do(a) profissional pode aumentar o sentimento de culpa que algumas mães sentem com o nascimento prematuro de seu filho, contribuindo para aumentar o estresse da situação. Além disso, desconsiderou-se também a realidade social da mãe, ignorando o cenário de lutas diárias que elas vivenciam para manter um ideal de família, mesmo diante das dificuldades financeiras e de muitas responsabilidades que precisam assumir. Considerando as relações de gênero nas atribuições de tarefas entre o casal, parte dos profissionais ainda recorre aos modelos tradicionais de marido e esposa quanto às obrigações do cotidiano.

Consequência III: Ansiedade

Os comentários sobre as dificuldades para dormir, aumento da pressão sanguínea, assim como o aumento da ingestão de alimentos, na fase inicial da hospitalização do recém-nascido, reforçam a indicação da presença de um estado de ansiedade dos casais. Vários fatores contribuem e se coadunam gerando ansiedade nos casais. Como exemplos pode-se citar a incerteza quanto à

sobrevivência, o ambiente estranho e ameaçador da UTIN, a culpa pelo nascimento prematuro e a preocupação com os outros filhos. Como consequência surgem fenômenos psicossomáticos, comprometendo principalmente, conforme os exemplos que se seguem, a regularidade do ciclo sono-vigília: *“Logo no começo eu tava dormindo em média 4 - 3 horas e na segunda feira, que ele estava muito grave, só pelo semblante dos médicos, oxe...”* (Roberto); ***“Desde o começo da internação? Logo no começo eu achei ruim. Você ficou como? Eu não dormia direito. Aí minha mãe mandava minha irmã dormir lá”*** (Kauã); *“No começo, no primeiro dia quando ela descansou, no primeiro dia quando eu trouxe ela pra cá, eu não dormi não. Eu não dormi”* (Manoel).

Consequência IV: Temendo uma internação prolongada

Mães e pais também demonstraram preocupação com a possibilidade de uma internação prolongada: *“Foi ruim demais. Eu fiquei nervosa demais. Aí meu Deus, será que vou conseguir ficar esse tempo todinho aqui no hospital? É muito ruim ficar aqui muito tempo, mas ao mesmo tempo, se é para o bem do meu filho”* (Rosa).

Talvez essa preocupação indique a necessidade de um preparo emocional para passar os futuros dias dentro de um ambiente ansiogênico como a UTIN, ao mesmo tempo em que expressa a incerteza quanto à sua capacidade de enfrentar o período. O temor pela internação prolongada sinaliza a necessidade de suporte para que mães e pais possam enfrentar a ruptura do cotidiano familiar e conseguir exercer a parentalidade, apesar das limitações que a situação apresenta.

Vários desses fenômenos discutidos persistem durante todo o período de internação, alguns deles diminuem de intensidade a partir da crescente familiaridade com a rotina da UTIN e com a melhora dos recém-nascidos. Outros surgem com o decorrer dos dias, como serão discutidos nos próximos fenômenos a seguir.

As conseqüências identificadas nesta primeira fase da experiência dos casais estão descritas no quadro abaixo.

Quadro 5: Conseqüências do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|--|-------------------------------|----------------------------------|---|
| Entrando em contato com uma situação de alto-risco | Frustração | | Tendo as expectativas não concretizadas |
| | Culpa | | Se sentindo culpado pelo nascimento prematuro |
| | Ansiedade | Dificuldade para dormir | Não conseguindo dormir por estar preocupado |
| | | Aumento da pressão sanguínea | Tendo picos de pressão |
| | | Aumento de ingestão de alimentos | Comendo muito por ansiedade |
| | Temendo internação prolongada | | Preocupação com o tempo de internação |

3. 2. Segundo Fenômeno: *Lidando diariamente com a dor*

O Segundo Fenômeno observado diz respeito ao dia-a-dia dos participantes durante o período de hospitalização do recém-nascido prematuro, uma vez passada a primeira fase caracterizada por novidades inesperadas.

3.2.1. Condições Causais

Neste Segundo Fenômeno foi possível, por meio das categorias construídas, identificar a condição causal ***Sofrendo com a hospitalização do***

RNP, composto pelas seguintes subcategorias: *sofrendo com os procedimentos aos quais os recém-nascidos estavam sendo submetidos e sofrendo com as intercorrências do recém-nascido durante a internação.*

a) *Sofrendo com os procedimentos aos quais os recém-nascidos estavam sendo submetidos*

Assistir os procedimentos aos quais os recém-nascidos estavam sendo submetidos foi a principal causa de sofrimento para os participantes: *“Aqueles aparelhos, aqueles aparelhos tudinho nele, aquelas furadinhas que ele leva constantemente, às vezes a furadinha fica roxa, fica roxa a mãozinha, principalmente aqueles aparelhos ali, aquele entubadozinho, aquela sondazinha. Ainda hoje mesmo, qualquer hora que entro ali e olho, ainda me incomoda, apesar de que ele necessita de tudo aquilo lá. Mas que incomoda, deixa a pessoa triste, deixa” (Pedro); Porque a gente vê a criança furada. O bichinho tá todo picadinho de injeção. O braço dele tá todo inchado, depois a perna fica inchada aí vai furando em outro canto, furando...e a gente não pode dizer nada porque tem que passar pelo processo mesmo. Aí dá um dor na sua alma. Eu dizia: meu Deus, será que ele vai sair daqui?” (Tânia).*

Conviver com o filho cheio de aparelhos, geralmente invasivos e estranhos, exigia esforços para presenciar cotidianamente a dor, o inesperado e sobretudo, o duvidoso e ameaçador. As marcas nos recém-nascidos de procedimentos como punções venosas, por exemplo, chocavam os pais porque pioravam sua aparência e faziam com que imaginassem a dor sentida pelo bebê, sem que pudessem fazer qualquer coisa para impedi-la. Mães e pais tentavam, assim, lidar com o

sentimento de impotência diante do sofrimento do recém-nascido e aceitar os procedimentos necessários ao tratamento. Galé, Franck, Kools e Lynch (2003) em estudo com pais e mães sobre a percepção parental da experiência da dor do recém-nascido, verificaram que a dor do recém-nascido era um fator de *stress* para pais e mães, os quais alegavam se sentirem despreparados para vivenciar tal experiência. Além disso, esses pais e mães destacaram o impacto sentido pelos procedimentos dolorosos necessários ao bebê. Apesar do sofrimento, eles também ressaltaram a importância da presença do pai e da mãe durante tais procedimentos. Souza (1997) ao estudar os pais que tiveram filhos internados em uma UTI Pediátrica constatou o sofrimento do pai ao ver o filho sedado e chorando. Sofrimento este, segundo ela, revestido dos sentimentos de impotência e de culpa por não cumprir seu papel de pai, de protetor.

Algumas falas das mães durante as entrevistas expressavam a vontade de permanecer junto ao bebê durante as intercorrências e procedimentos, mas, às vezes a equipe não permitia devido ao seu estado emocional, já que choravam durante a aplicação dos procedimentos. Diante disso, certas mães eram convidadas a se retirarem da unidade para que os médicos pudessem realizar as intervenções. O desejo das mães de estarem ao lado recém-nascido expressa a disposição para protegerem, estarem perto de seus bebês durante os procedimentos dolorosos.

b) Sofrendo com as intercorrências do recém-nascido durante a internação.

As dúvidas em relação à sobrevivência e o conseqüente sofrimento se acentuavam quando ocorriam intercorrências ao longo do período: “O *que me*

preocupa?... É esse quadro instável, um dia está melhor, outro dia ele piora... Segunda feira eu saí daqui, o semblante dos médicos, era como se dissesse: seu filho não vai resistir. É essa minha preocupação. Eu não estou conseguindo ver uns três, quatro dias de melhoras dele. É uns três e uma recaída” (Tiago).

Lidar com uma situação de instabilidade (e, portanto, com a possibilidade de morte), olhar para o recém-nascido muito pequeno, como eles mesmos enfatizavam, e vê-los submetidos a procedimentos dolorosos e a diversos aparelhos estranhos era uma experiência difícil para todos participantes.

Como a prematuridade do recém-nascido é um problema sobre o qual os casais não têm controle, o sentimento de impotência predomina no discurso dos casais. Além de não poderem modificar a situação e terem que aceitá-la, também precisam aceitar e se adaptar às normas impostas pela instituição. Deste modo, o sofrimento causado pela situação de ter um bebê prematuro de alto-risco deve ser compreendido levando-se em consideração também as condições contextuais do processo hospitalar, que serão discutidas a seguir. O quadro 6 descreve as condições causais do Segundo Fenômeno identificado.

Quadro 6: Condições causais do fenômeno Lidando diariamente com a dor

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|-------------------------------|--|--|--|
| Lidando diariamente com a dor | Sofrendo com a hospitalização do filho | Sofrendo com os procedimentos aos quais os recém-nascidos estavam sendo submetidos | Sofrendo ao ver o recém-nascido sendo submetido aos aparelhos Sofrendo ao ver os procedimentos realizados no recém-nascido Sofrendo ao ver as marcas deixadas pelos procedimentos Se sentindo impotente diante do sofrimento do filho |
| | | Sofrendo com as intercorrências do recém-nascido durante a internação | Tendo medo das intercorrências Sofrendo com as intercorrências cotidianas do recém-nascido |

3.2.2. Condições Contextuais

As categorias relacionadas às condições contextuais do fenômeno Lidando diariamente com a dor foram: *impedidos de assumir os papéis de pai e mãe; percebendo negativamente o atendimento hospitalar; percebendo positivamente o atendimento hospitalar e lidando com as limitações do contexto hospitalar*

Condição Contextual I: Impedidos de assumir os papéis de pai e mãe

Pais e mães se depararam desde o início da internação de seus filhos com as limitações impostas pela instituição hospitalar. Não poder pegar o filho nos braços e não poder cuidar como eles gostariam significava impedi-los de assumir os papéis de pai e de mãe como desejado: *“Eu toco nele, não pode pegar. Tem como não. Eu lavo a mão e toco nele, acaricio o cabelo dele, a cabecinha, o dedo dele, a mãozinha dele, boto minha mãozinha, ele aperta minha mão, meu dedo. Todo dia eu venho aqui, é muito difícil”*(Henrique); *“É meio duro. A pessoa vem, olha pra ela, sai. **E o que você acha de difícil nessa situação, o que tem de difícil?** Silêncio. **Quais são as coisas difíceis que você está passando?** Que dar vontade da pessoa levá-la, né? Seqüestrar e sair”* (Nicole).

O sentimento de perda do papel parental foi identificado como principal fator estressor para pais e mães com filhos internados em uma UTI Pediátrica em estudo realizado por LaMontagne e Pawlak (1990). A dificuldade para segurar seus filhos nos braços, tentar confortá-los em momentos de dor foram destacados nos relatos desses participantes. É de se esperar que sentimentos de tristeza, frustração e impotência surjam devido à impossibilidade de assumir um papel esperado, para muitos, sonhado.

A distância física imposta, uma vez que os bebês não podem ser retirados da incubadora, pode também acarretar prejuízos à relação de apego entre os bebês prematuros e seus pais e mães, como apontado por vários estudos (Nystrom & Axelsson, 2002; Cox & Bialoskurski, 2001; Scortegagna, Miranda, Morsch, Carvalho, Biasi & Cherubini, 2005; Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003; Klein & Linhares, 2006, entre outros).

Além disso, com as necessidades de cuidados especiais e de aparelhos hospitalares, o exercício da maternidade e da paternidade é parcialmente transferido para a equipe de saúde, o que contribui ainda mais para o sentimento de incapacidade de pais e mães. Como afirma Gomes (1992)

A habilidade para cuidar de um recém-nascido pequeno é percebida pelos pais de forma limitada, pois na sua opinião, o filho é um ser frágil, que necessita de maior atenção, cuidados preventivos, alimentação especial, que estes não se sentem competentes para proporcionar (p.95).

Baldini (2001) em sua pesquisa com pais e mães com filhos internados em uma UTI destaca o sentimento de alívio dos genitores ao poderem cuidar do filho e assim exercerem a parentalidade. Seus dados mostraram que poder cuidar do bebê no hospital diminuiu a ansiedade e contribuiu para a formação do vínculo com o filho hospitalizado. Isso indica que inserir os casais no processo de hospitalização pode ajudá-los a resgatar suas identidades parentais, apontando outros caminhos e possibilidades para que exerçam a parentalidade, mesmo diante de condições tão adversas.

O reconhecimento dos aspectos psicológicos e sociais no processo de doença-saúde e a preocupação com um atendimento mais humanizado vêm facilitando a inserção da família no hospital. Apesar de se considerar importante o cuidado humanizado ao recém-nascido e a presença dos casais na UTIN, na prática nem sempre tal proposta é concretizada (Reichert, Lins & Collet, 2007). Por conseguinte, a equipe de saúde pode, ao desconsiderar a importância do exercício da maternidade e paternidade para os casais, contribuir para a perpetuação do sentimento de incapacidade e impotência dos mesmos.

Condição Contextual II: Percebendo negativamente o atendimento hospitalar

Nesta categoria foram identificadas as subcategorias *percebendo pouco cuidado com as crianças e sendo mal atendido*.

a) Percebendo pouco cuidado com as crianças

Além do afastamento físico, tendo em vista a situação clínica do recém-nascido, também foi possível identificar na fala de algumas mães a avaliação de que seus filhos recebiam pouco cuidado da equipe: ***“Mais...Medicamento...Medicamento. E...Isso mesmo. Mais medicamento pra quem? Pro filho, né? Para o neném. Por quê? Está faltando medicamento, é isso? É. Por que você acha que precisa melhorar o medicamento? Pra ela resistir mais, né?” (Úrsula).***

Tais avaliações parecem ser consequência da má qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e as mães, uma vez que não são fornecidas explicações claras e suficientes sobre a condição clínica do recém-nascido. A desinformação associada à ausência de uma relação de confiança com

a equipe pode originar crenças e fantasias acerca das necessidades do recém-nascido prematuro. Baldini (2001) discute a importância de fornecer informações e esclarecimentos sobre o quadro clínico do filho, para que pais e mães suportem a realidade sem esperar soluções mágicas. Entretanto, ainda segundo a autora, às vezes os médicos reforçam as crenças ao fornecerem apenas detalhes parciais da evolução da criança, com um tipo de informação que os genitores não têm condição de avaliar.

Perceber negativamente o atendimento hospitalar pode ser também uma forma de valorizar os cuidados maternos, uma vez que mães e pais podem ter se sentido incompetentes e desvalorizados pela equipe profissional.

b) Sendo mal atendido

Também houve relatos que expressavam indignação em relação ao atendimento hospitalar. Pais e mães relataram algumas experiências desagradáveis ocorridas entre eles e funcionários do hospital, seja do setor de segurança, médico ou enfermeiro, indicando que haviam sido tratados com grosseria por certos funcionários: *“...Eu queria assim, uma...só uma orientação, se ela me desse uma orientação pra que eu limpasse ele. Aí ele tava sujo de cocô, aí eu disse assim mesmo: enfermeira, o neném já fez o cocô. Aí ela disse assim mesmo: (risos), virou pra mim e disse: ‘então pegue e limpe!’, sabe? Com aquela...com aquele...menosprezando, assim, aquela coisa, assim...eu fiquei assim, né? Não é do meu jeito ficar respondendo. Aí eu comecei a chorar. Aí o pessoal me olharam chorando, eu disse que não era nada não. Mas...elas, elas*

são muito secas. Não todas, acho que muitas são muito secas, muito...é difícil, muito difícil” (Sara).

A partir de relatos de pais e mães que também tiveram filhos prematuros internados na UTIN, Gomes (1992) constatou a angústia que eles sofrem por imaginar o que pode acontecer com o filho no ambiente hospitalar. Para a autora tal fato é fruto de acontecimentos divulgados pela imprensa sobre a má qualidade de assistência de saúde materno-infantil. Entretanto, percebe-se que outros fatores contribuem para a ocorrência da angústia parental. Além da má qualidade da relação entre equipe e pais e mães, os casais também presenciaram a falta de cuidados adequados com os outros bebês, conforme apontado por eles. A conversa cotidiana com outros pais e mães é outra fonte de informações dos erros de procedimentos, principalmente por parte da equipe de enfermagem, categoria que está mais em contato com os pais. Presenciar e saber de acontecimentos desagradáveis aumenta a ansiedade e angústia dos pais, pelo medo de uma possível morte por erro da equipe.

Condição Contextual III: Percebendo positivamente o atendimento hospitalar

Por outro lado, alguns entrevistados indicaram estar percebendo positivamente o atendimento hospitalar, sentindo-se apoiados pela equipe uma vez que foi dada a possibilidade de estabelecer uma relação mais próxima com esta. Também demonstraram estar satisfeitos com a qualidade do atendimento dispensado aos recém-nascidos: *“Tá bom demais aqui no hospital. Toda vez que eu chego, eu posso entrar, posso ver minha filha. Sei que ali onde ela tá, ela tá sendo bem atendida” (Nicole).*

Em algumas entrevistas foram apontadas algumas intervenções prescritivas por parte da equipe profissional, no intuito de direcionar os comportamentos dos pais e mães. A despeito do caráter prescritivo, percebe-se que tais intervenções foram recebidas de forma positiva pelos participantes: *“Ele chegou pra mim e disse ‘olha, é pra você ter paciência, pra você ficar aqui visitando, dando um apoio a ela, que ela precisa, porque não é fácil. Ficar aqui no hospital, é o primeiro filho que a pessoa teve, numa situação dessa. E você vem aqui, fica visitando. A gente ta fazendo o possível aqui pra que ele fique bem, com saúde’. Pronto. Normal. Eu sei que a tendência é de pensar, assim, muito ...muito obrigado e pronto”*(Manoel).

É provável que essas intervenções sejam positivamente avaliadas por expressarem aproximação por parte da equipe, em um momento em que estavam desorientados e precisando de suporte. Por outro lado, quando a relação se caracteriza como unilateral, sendo a equipe a principal emissora e os casais, receptores, ela pode se tornar iatrogênica para pais e mães ao destituir ainda mais a autonomia e autoconfiança destes.

Condição Contextual IV: Tentando se adaptar a estrutura e dinâmica do hospital

Também foram identificadas reclamações a respeito da própria estrutura organizacional dos hospitais. Dentre elas, as mais citadas foram em relação às normas das visitas (principalmente pelos pais), à qualidade da alimentação e à dificuldade para dormir (mães).

O tempo curto de visita e a inadequação do horário para quem mora longe foram as insatisfações mais apontadas pelos entrevistados. Em relação à

alimentação percebeu-se que esta não agradava a algumas mães, seja pela qualidade ou por sua quantidade. As mães também tiveram seus ciclos de sono interrompidos, seja por barulho de outros, ou pelo fato de terem que tirar leite de 3 em 3 horas: “**Demora para dormir também? Demoro. Fica acordando durante a noite? De vez em quando...De doze horas eu vou buscar o leite, de três e de cinco...Tirar o leite. Três da manhã? É. Três da manhã. Meia-noite, três da manhã e de cinco da manhã**” (Úrsula).

Diante do exposto, fica claro que a estrutura e dinâmica do hospital era um outro fator que requiria adaptação dos pais e mães. Os participantes tinham que lidar não apenas com a frustração e a dor causadas pela situação do filho, mas também com as limitações e o mau atendimento de funcionários.

O quadro 7 mostra as condições contextuais do Segundo Fenômeno identificado e discutido acima.

Quadro 7: Condições contextuais do fenômeno Lidando diariamente com a dor.

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Componentes | Códigos |
|-------------------------------|---|--------------------------------|--------------------|--|
| Lidando diariamente com a dor | Sendo impedidos de assumir papel de mãe/pai | Sendo impedidos de pegar no RN | | Não podendo pegar Apenas podendo tocar Ficando apenas do lado do RN |
| | | Sem poder cuidar como gostaria | | Sem poder amamentar Sem poder trocar fralda Sem poder colocá-lo nos braços |
| | Percebendo negativamente o atendimento hospitalar | | Sendo mal atendido | Sendo tratado com indelicadeza Percebendo falta de atenção. |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | | Percebendo poucos cuidados dispensados às crianças | Alertando enfermeira de problemas no bebê Achando que filho está com a pior médica Acreditando que filho não está tomando a quantidade de medicação adequada. |
| | Percebendo positivamente o atendimento hospitalar | Sentindo-se apoiado pela equipe | | Interagindo com a equipe dentro da UTIN |
| | | Satisfeito com atendimento hospitalar | | Estando tranqüilo com o atendimento Tendo certeza do bom atendimento Avaliando o atendimento como positivo. Acreditando no empenho médico |
| | Tentando se adaptar à estrutura e à dinâmica do hospital | Dificuldade para se adaptar às normas das visitas | | Alegando que o tempo de visita é curto Alegando que horário de visita é inadequado |
| | | Reclamando da alimentação | | Reclamando da quantidade de comida Reclamando da qualidade da comida |
| | | Tendo ciclos de sono interrompidos | | Tendo dificuldades para dormir devido ao barulho Tendo que acordar para tirar leite |

3. 2. 3. Condições Intervenientes

Os significados atribuídos ao recém-nascido prematuro foram considerados neste fenômeno como condições intervenientes, que direcionaram, mesmo que de forma não explícita, os sentimentos e práticas dos casais no processo de internação. Embora todos tivessem concepções, idéias e imagens a respeito do

recém-nascido prematuro de alto-risco, alguns elementos provavelmente foram incorporados a esta representação a partir da experiência vivenciada. Desta forma, não se pode discutir a representação social de recém-nascido prematuro sem compreender o que um filho significa para os casais.

Condição Interveniente I: A importância do filho para o casal

Durante as entrevistas foi possível identificar poucas, mas interessantes significações de filho. Primeiramente, para os casais, filho representava *alegria*. Ele representa a alegria da casa, do casal e, particularmente, da mulher. Ele também significa a *continuidade do casal*, na medida em que é considerado fruto do amor, o que dá sentido ao casamento e simboliza a constituição da família. Filho também aparece como *presente de Deus* e como *companhia para a mulher*. Conclui-se que, independentemente do conteúdo das explicações, o filho é muito importante para o casal, o que justifica a denominação desta categoria: *a importância do filho para o casal*.

A importância do filho, principalmente do filho biológico, também foi constatada em pesquisa realizada Borlot e Trindade com casais que tinham se submetido a tecnologias de reprodução assistida (2004). Para esses casais, ter um filho biológico era objetivo primeiro. Os elementos de representação de filho biológico identificados nessa pesquisa salientavam a importância da consangüinidade, da descendência familiar, das semelhanças físicas entre pais e filhos e da pressão social sentida pelo casal. Tal pressão revela que o desejo pela maternidade ou pela paternidade não se desvincula do contexto sócio-cultural em que vivem os casais. Ele é produto das representações sociais de família e de

filho e, na sociedade atual, são os filhos que dão materialidade à família. Alguns casais da pesquisa citada, por exemplo, se ressentiam por não serem considerados por outros casais como uma família, já que não tinham filhos. Esta percepção alheia trouxe reflexos na identidade do casal que também não expressava o sentimento de pertencer ou ter formado uma família. Tal fato reforça a idéia de que o objetivo principal do casamento é a constituição de uma família por meio do nascimento de filhos, como também constatou Sarti (1996).

Condição Interveniente II: Percebendo a fragilidade do recém-nascido

Ao falarem sobre o recém-nascido prematuro, era comum, como já discutido no Primeiro Fenômeno, expressarem-se sobre o choque com o tamanho do bebê. Quando eles se referiam ao recém-nascido prematuro, utilizavam geralmente o diminutivo, como, por exemplo: pequenininho e criancinha. Tal forma de falar parecia indicar que os entrevistados estavam percebendo o recém-nascido como um ser frágil. Essa visão de fragilidade, aliada aos procedimentos invasivos aos quais os bebês eram submetidos, aumentava a ansiedade e angústia de pais e mães, que nada podiam fazer pelos seus bebês tão pequenos, com pouca idade para tamanho sofrimento, como alguns se referiram: ***E ela falou o que? Por que que ele teve que ir para a UTI...ela falou que era um bebezinho grave, ne?*** (Olga); ***“Hoje a médica disse que não é tanto mais um bebezinho de risco, tem risco, mas nem tanto”*** (Carla); ***“Foi triste né? Foi triste eu porque nem eu, nenhuma pessoa gostaria de entrar e ver seu bebezinho, seu filhinho lá dentro, ali, só sei que foi triste”*** (Pedro).

O impacto provocado pelo tamanho do bebê e a conseqüente percepção de sua fragilidade pode evocar nos casais sentimentos inesperados como tristeza, frustração, culpa, em um momento que se esperava a emergência de sentimentos calorosos. Klaus e Kennel (1992) alertam que a mãe não deve ser forçada a colocar as mãos dentro da incubadora, nem ser pressionada a entrar no berçário, se não está preparada para tal. Entretanto, provalvemente devido à pressão social existente em relação à figura da boa mãe, aquelas que não conseguem estabelecer de imediato uma relação calorosa com o bebê podem perceber essa dificuldade como falha sua como mãe, o que pode gerar frustração, sentimento de culpa e autodepreciação. Essa dinâmica possivelmente também acontece com os pais, embora de forma mais amena, uma vez que os cuidados cotidianos com o bebê são considerados uma responsabilidade materna.

A percepção do bebê como ser frágil vai embasar algumas estratégias de enfrentamento como a evitação comportamental, quando os pais e mães optam por não tocarem muito no bebê, com medo de machucá-lo.

Condição Interveniente III: Tendo rede de apoio limitada

Uma outra condição interveniente nesse período diz respeito à rede de apoio dos entrevistados. Foi possível verificar que a rede de apoio era geralmente limitada, principalmente em se tratando das mães que ficavam confinadas no hospital. A falta de apoio de amigos e familiares neste período de hospitalização foi identificada em algumas entrevistas. A ausência de visitas mencionada por elas, devido ao fato de muitas morarem longe de casa, tornava o período mais

penoso. Em alguns casos, sua família de origem ou a do cônjuge não oferecia suporte devido a desentendimentos anteriores.

Algumas mães falaram sobre a falta que sentiam do marido, visto que recebiam poucas visitas deles, devido à impossibilidade de se ausentarem do trabalho e aos gastos com a passagem. A maioria parecia compreender as limitações dos pais, contudo, não se pode ter a dimensão dos sentimentos despertados frente a tal ausência. Uma das mães, por exemplo, comentou: *“Também se não vir, vou registrar a menina com nome de solteira.” (Fernanda).*

Outra mãe, que recebia visitas do marido de 15 em 15 dias, expressou-se da seguinte forma: *“Porque às vezes muitos pais abandonam. Ele não, ele está comigo nessa” (Alice).*

Além disso, muitos casais tinham dificuldades financeiras que impossibilitavam as visitas constantes. Com a gravidez de alto-risco ou intercorrência de última hora, algumas mães tiveram que ser transferidas para a capital para obterem um melhor atendimento hospitalar, já que as pequenas cidades não tinham o serviço de UTIN. Como decorrência, aumentavam os problemas financeiros e de tempo para o deslocamento dos pais e de outros familiares que poderiam servir de apoio para as mães.

A falta de visitas tornava o período de internação penoso. Acrescenta-se a este sofrimento a falta de acolhimento hospitalar, tanto referente à sua estrutura quanto às intervenções dos profissionais. Como sublinha Gomes (1997): “O que percebemos nos hospitais, ainda hoje, são pais relegados a ficarem sozinhos,

passarem horas esperando nos corredores, nos bares, nas imediações do hospital, andando ao léu, para lá e para cá” (p.92).

Condição Interveniente IV: Recebendo apoio

A categoria *recebendo apoio*, diz respeito ao suporte que é recebido pelas mães e pais durante a hospitalização do RNP.

a) Ressaltando o suporte emocional como tipo de apoio mais importante

Sobre esse item, foi perguntado primeiramente aos participantes qual o tipo de ajuda mais importante nesse período. O suporte emocional foi caracterizado como o mais importante para os casais: “*É a conversa, a força. Como se diz...(pausa) porque a auto-estima da pessoa...quando você conversa e a pessoa te dá esperança: “não, vai dar tudo certo”. O apoio que a pessoa vai me dando, é bom*” (Ivo).

b) Ressaltando a família como principal fonte de apoio

Também se procurou investigar quais as pessoas mais importantes da rede de apoio. As respostas se concentraram no universo familiar.

Para a maioria dos pais, as mulheres da família, representada pela mãe, sogra ou irmã, tiveram destaque. Assim, *destacando as mulheres no grupo familiar*, componente especificamente masculino. A ajuda relatada abrangia desde a limpeza da casa até o suporte emocional. Durante a internação alguns pais passaram a ficar mais tempo na casa de suas mães, usufruindo da comida e do apoio instrumental e emocional: “***E tem alguém ou alguma coisa que tá ajudando você nesse momento? Minha mãe. O que é que ela tem feito? Que tipo de ajuda? Muita ajuda. Sempre vem quando não estou com dinheiro ela***

sempre me dá o dinheiro da passagem...Vê se compro alguma coisa para ela.

Qual o tipo de ajuda você considera mais importante? *Tipo de ajuda mais importante dela é me dar uma força né? É me dar uma força assim, falar que isso foi normal porque ela tem mais experiência do que eu né? Ela diz que já passou por isso muitas vezes e tal. Mais importante é isso aí”(Leandro); “Não só minha mãe, tenho uma cunhada, minha cunhada vai lá em casa, arruma tudo, limpa. “Quando tu chegar não entra assim, tira sapato, faz isso”, entendeu? “quer que eu vou lá arrumar, quer que eu faça isso, faça aquilo?” (Henrique).*

As respostas das mulheres se concentraram no apoio recebido dos maridos e do grupo familiar que também incluía suas mães, mas que não receberam tanto destaque como ocorreu nas respostas dos pais. **“E tem alguém te dando apoiando nesse momento?** *Minha família, né? Meu marido e Deus, tá junto comigo. (Shirlene); Ah, a minha família, né? Minha família, algumas pessoas que são amigas minhas, uma colega minha e a família do meu marido” (Carla);”* **Qual o tipo de apoio que você acha mais importante?** *A atenção dele, a compreensão. Ele me entender, tudo ele me entende. Principalmente ele” (Tânia).*

Apesar das mães não terem destacado o suporte de suas próprias mães como prioritário durante o período de hospitalização, em seus relatos sobre a gravidez e as intercorrências fizeram referência a elas.

c) Recebendo apoio de outras mães e amigos

Embora não tenham sido muito citados, os amigos e as outras mães que estavam com seus filhos internados também compuseram a rede de apoio: *“E eu também de acordo que assim, que me acalmei, Deus está me dando força pra*

ficar, estar aqui dentro e tenho outras mães que também está no começo assim, feito eu tava desesperada chorando tudinho. Eu dou força pra elas. Então uma ajuda à outra” (Alice).

Vale salientar que algumas mães não recebiam visitas de seus familiares por morarem longe. Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) em pesquisa com mães acompanhantes na UTIN discutem sobre o sofrimento causado pela separação entre elas e suas famílias, que não compareciam ao hospital devido à distância aliada a dificuldades financeiras. As autoras salientam a necessidade da equipe de saúde em dar suporte a essas mães, que sofrem a ruptura do seu cotidiano familiar e se vêem confinadas na unidade hospitalar.

Condição Interveniente V: Enfatizando apoio e qualidades do marido

Um outro processo diz respeito à ênfase do vínculo pai-bebê, observado nas mães. As mães geralmente elogiavam o comportamento dos maridos com os recém-nascidos, possivelmente numa tentativa de demonstrar a qualidade de seus maridos, que não só lhes davam apoio como já tinham estabelecido vínculo com os filhos. No discurso de algumas delas foi possível verificar o receio que tinham do pai não ser carinhoso e preocupado com o filho: *“Ele fica direto lá perto dela, do bebê. Às vezes vem pra junto de mim, conversa, depois volta de novo pra lá. Fica direto lá (risos)” (Gabriela); “Ele quer logo ver a criança, que logo sentir, tocar na criança. Ele sentiu a mesma coisa que eu senti, quando ele foi tocar na criança ele foi logo tremendo. Que coisinha frágil” (Tânia).; “Aí fica lá cuidando dela, pra ver como que os enfermeiros tão cuidando dela. Porque teve uma vez que ele chegou aqui, aí o...o negócio do tubo tava solto, o negócio do...sopapo, tava meio*

solto. Aí eu disse: “ó, soltou ali”. Aí você está vendo porque você precisa estar aqui? Ficar olhando sempre e sempre. Ele se preocupa. Sempre liga” (Lúcia).

Os relatos das mães sobre as pessoas importantes na rede de apoio corroboram o estudo de Dessen e Braz (2000) sobre a rede de apoio na transição para a parentalidade. Em sua pesquisa, as mães apontaram o apoio do marido como sendo o principal dos apoios recebidos. Em segundo lugar, o apoio de suas próprias mães se destacou.

Embora não tenham sido muito citados, os amigos e as outras mães que estavam com seus filhos internados também compuseram a rede de apoio: *“E eu também de acordo que assim, que me acalmei, Deus está me dando força pra ficar, estar aqui dentro e tenho outras mães que também está no começo assim, feito eu tava desesperada chorando tudinho. Eu dou força pra elas. Então uma ajuda à outra” (Alice).*

Condição Interveniente VI: Sentindo falta de maiores explicações sobre a condição clínica de seus bebês

Ao falarem sobre o cotidiano no período de hospitalização, pode-se perceber que os participantes ainda estavam sentindo falta de maiores explicações sobre a condição clínica de seus bebês: *“Não, eu fico perguntando, ela diz que ele tá reagindo bem. Ela só diz isso. Não se preocupe não, tá reagindo bem. Somente. É isso que elas fazem” (Gabriela); “O que eu gostaria é que quando eu chegasse lá, que eu olhasse, tivesse alguma doutora ali, porque tá todo mundo com essa roupinha branca, mas, conversar com o enfermeiro, com o doutor, qualquer pessoa tivesse ali tomando conta lá dos bebês, chegar pra mim, explicar alguma*

coisa, chega 'olha tá assim e tal, tá melhorando, ou então se ela tiver piorando chegar e explicar também'. Mas não chega ninguém pra ver alguma coisa, eu entro lá, não sei se você percebeu. Olho, olho, olho, depois saio, olho pra um olho pra outro e não tem nem a quem perguntar" (Pedro).

Condição Interveniente VII: Temendo a morte

Uma outra condição interveniente nesse Segundo Fenômeno foi expressada na categoria *temendo a morte*. O *medo da morte* foi expresso diferentemente pelos participantes. Pais e mães falaram sobre a incerteza da sobrevivência dos recém-nascidos: *"É, né?... Se ta na UTI é porque ta grave. **Você sentiu algum medo? É, fiquei com medo quando eu vi ele....Na verdade eu to com medo ainda"** (Cássio); *"Fiquei com medo, com muito medo, de acontecer alguma coisa, dela morrer, qualquer coisa. Hoje a médica disse que não é tanto mais um bebezinho de risco, tem risco, mas nem tanto. Mas mesmo assim eu tenho medo, sei não, se minha filha morrer eu nem sei o que vai ser de mim. Você luta tanto pra depois....acabar ali" (Carla).**

Nas entrevistas, principalmente das mães, foi possível perceber o medo da morte ligado ao *medo das intercorrências*, fato compreensível, uma vez que estavam constantemente dentro da UTIN, presenciando ocorrências de seus bebês e de bebês de outras mães: *"Ela parou de respirar, aí a mãe do bebê chegou junto, começou a chorar. Ah, menina, meu coração chegou a fazer Bum! Foi lá no chão e voltou. Eu olhei logo pra mim. Me deu um medo, me deu um medo mesmo" (Júlia).; "Na segunda-feira tá bom, na terça-feira tá ruim, na quarta-feira tá mais ou menos, na terça-feira tá não sei como e...vai, vai, vai, volta. Então*

fica aquele vai e vem, vai e vem. O problema, o mais difícil é isso. É a gente não saber distinguir se tá bom, se tá ruim, se vai sair, se não vai. Tá entendendo? Pronto”(Manoel).

O medo da morte permanece no âmbito do Segundo Fenômeno, e se fortalece com as intercorrências inesperadas, aumentando a preocupação e a ansiedade dos casais. Presenciar intercorrências que acontecem com outros bebês torna mais próxima a possibilidade de morte de seus próprios bebês. Portanto, mesmo que o recém-nascido esteja evoluindo da forma esperada pela equipe de saúde, estar na UTIN significa estar sempre pensando na possibilidade de morte deste. Significa estar sempre recorrendo às representações de morte e aos sentimentos a ela associados. O quadro 8 apresenta as condições intervenientes do segundo fenômeno.

Quadro 8: Condições intervenientes do fenômeno Lidando diariamente com a dor.

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--|
| Lidando diariamente com a dor | A importância do filho para o casal | Significando filho | Alegria Continuidade do casal Presente de Deus Companhia para a mulher |
| | Percebendo a fragilidade do RNP | | Se referindo ao RNP no diminutivo Percebendo o risco de morte |
| | Tendo rede de apoio limitada | | Recebendo poucas visitas do marido Recebendo poucas visitas da família Recebendo poucas visitas dos amigos |
| | Recebendo apoio | | Classificando o suporte emocional como tipo de apoio mais importante Ressaltando a família como principal fonte de apoio mais importante Recebendo apoio de outras mães e amigos |

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| | Enfatizando o vínculo pai-bebê | | Elogiando comportamentos do marido para com o bebê Afirmado preocupação do marido Afirmado que marido tem os mesmo sentimentos |
| | Temendo a morte do recém-nascido | | Tendo medo de intercorrências Tendo medo do bebê morrer Tendo incertezas quanto à sobrevivência do bebê |

3. 2. 4. Ações e Interações

Assim como no Primeiro Fenômeno, as ações identificadas no Segundo Fenômeno foram agrupadas em tipos de estratégias de enfrentamento. As principais estratégias identificadas nos relatos dos participantes foram busca por suporte; reestruturação cognitiva; resolução de problemas; regulação da emoção; busca por informações; esquiva; desamparo; delegação e; afastamento social.

Estratégia de Enfrentamento I: Busca por suporte

Neste fenômeno, foram identificados três tipos de busca por suporte: o espiritual, o familiar e a busca por suporte de outras mães.

a) Busca por suporte espiritual

A busca por suporte espiritual foi o tipo de estratégia mais utilizada pelos entrevistados durante o acompanhamento dos recém-nascidos na UTIN. Pais e mães diziam que entregavam na mão de Deus ou pediam para Deus a recuperação do recém-nascido, por meio das orações: *“Eu sempre procuro pedir mais a Deus, que Deus me ajude que...Assim, tá na mão dele só que ele sabe eu fico. Eu fico pedindo mais a deus. Só que só isso mesmo”(Kauã); “Deixei na mão de Deus. Entreguei a Deus, não estresso, mas porque eu não posso, senão eu não saio daqui...Aí eu vou levando, pego nela já” (Fernanda).*

A religião representa uma fonte de apoio para os casais que enfrentam um problema irreversível e sobre o qual não têm controle. Sentindo-se impotentes no confronto entre a vida e a morte de seus bebês, eles se apóiam em Deus, já que acreditam que tanto o surgimento do problema como a sua solução estão sob seus desígnios. Dessa forma, percebe-se que as crenças religiosas funcionam como esquemas cognitivos que permitem a compreensão e a aceitação do problema da prematuridade, permitindo que pais e mães construam sentidos para a sua experiência na UTIN, como, por exemplo, concebendo a prematuridade como provação divina ou expiação dos pecados, a exemplo do que ocorreu em relação ao Primeiro Fenômeno.

Ao mesmo tempo, a religião também possibilita a permanência da esperança na recuperação dos filhos. Como afirma Gomes (1997): “Neste momento, a espiritualidade surge como uma força vital que integra a pessoa, ela dá um significado à vida, traz um crescimento, mudança e a esperança na recuperação dessa criança prematura” (p.81).

Estudos com pais e mães de crianças que necessitam de cuidados especiais têm identificado o papel positivo da religião no enfrentamento dos problemas de saúde de seus filhos (Gomes, 1992; Souza, 1997; Oliveira, 1998; Reichert, Lins & Collet, 2007; Dollahite, 2003 e 2004). A busca de suporte na religião se caracteriza como uma estratégia dirigida tanto ao recém-nascido, focalizada assim no problema (a cura do recém-nascido), como dirigida aos próprios pais e mães, focalizada assim na emoção (controle e manejo dos sentimentos).

A religião também pode fortalecer a auto-estima de pais e mães por meio da auto-valorização, possibilitando aos mesmos se sentirem mais capacitados num momento de impotência. *“É como eu disse, tem que ser uma mulher guerreira, uma mulher guerreira. Porque agüentar tudo e ficar calada...é aquele ver e ouvir e ficar calada e ficar só orando. No caso dando atenção e ficar só orando pra que Deus faça algo” (Tânia).* Para Faria e Seidl (2005) a literatura sobre religiosidade tem apontado a influência desta no bem-estar subjetivo das pessoas. Paiva (2007) destaca que o enfrentamento religioso mobiliza “cognições, motivações, pulsões que dispõem uma nova configuração de existência e podem atingir, mediante sistema imunológico, a faixa do biológico no homem” (p.103). Diante dessas considerações, pode-se concluir que a religião também possui papel fundamental para a diminuição da ansiedade de pais e mães com bebês hospitalizados. Além disso, como destaca Tronchin (2003) a religiosidade pode ser um caminho para a aceitação do problema. Entretanto, ela também pode ser fonte de sofrimento para os casais quando se acredita que a prematuridade é um castigo divino, como relatado pelo pai que dizia que acreditava que com a prematuridade ele estava pagando pelos seus pecados.

b) Busca por suporte familiar

A busca de suporte familiar refere-se a busca do pai e da mãe pelo apoio da família, por meio de uma ação proativa, como por exemplo, ir para casa da mãe em busca de apoio. Esta estratégia se difere da categoria **recebendo apoio**, que implica primordialmente em receber e não em buscar suporte.

Praticamente todos os participantes destacaram a importância da presença e apoio familiar durante o período de hospitalização. Contudo, a busca de suporte familiar foi identificada como uma estratégia principalmente masculina, já que os pais podiam transitar entre vários espaços, podendo ir em busca de apoio. Como a maioria das mães tinha que permanecer “internada” no hospital, elas geralmente recebiam suporte familiar. Dessen e Braz (2000) destacam a importância da família na transição para a parentalidade. Os autores constataram que o auxílio recebido provém principalmente da família materna e parentes do sexo feminino. Entretanto, as entrevistas dos casais também sugerem a participação da família paterna, principalmente fora do contexto da UTIN. A importância da participação dos parentes do sexo feminino foi identificada em entrevistas de pais e mães.

Em se tratando de uma transição para a parentalidade prematura, a família torna-se um grupo fundamental de apoio para ajudar os casais a vivenciarem a nova situação, levando-se em consideração que o problema da prematuridade muitas vezes fica restrito ao contexto familiar, devido aos sentimentos de frustração e incerteza quanto à sobrevivência dos bebês, vividos pelo casal.

c) Busca por suporte de outras mães

As mães também recorriam às outras mães para obterem apoio diante da difícil experiência de acompanhar a hospitalização de seus recém-nascidos prematuros: *“Aí depois eu fui conversando com as mães que já estão aqui. Foram me dando força, tudinho. Do que estão passando, que elas estão passando eu também estou passando” (Alice).*

Essa forma de estratégia foi denominada como *busca de suporte de outras mães*. Vale salientar que essa rede de apoio não tinha uma dinâmica unilateral. Uma vez sendo apoiadas, as mães também apoiavam as outras mães, como salientado por duas delas. Algumas pesquisas têm destacado a importância de atividades e grupos de apoio para as mães, no sentido de possibilitar a troca de experiências entre elas e assim ajudá-las a se adaptarem melhor ao contexto hospitalar (Scochi, Brunherotti, Fonseca, Nogueira, Vasconcelos & Leite, 2004; Vasconcelos, Leite e Scochi, 2006; Buarque, Lima, Scott & Vasconcelos; 2006). O hospital pode ser um espaço de trocas entre os casais, configurando-se como uma rede de apoio. As mães, por conviverem cotidianamente, mesmo na ausência de grupos formais de apoio constroem laços que as ajudam a enfrentar as adversidades da experiência.

Estratégia de Enfrentamento II: Distração

A *distração* se refere a atividades citadas pelos entrevistados como: escrever, conversar, namorar, ler, assistir TV, beber, escutar música, caminhar, cantar e ajeitar a casa. Contudo, beber, trabalhar, caminhar, escutar música e ajeitar a casa foram atividades descritas apenas pelos pais: *“Eu sempre procurei me divertir. Mas...no meu divertimento, assim, eu...a gente sempre pára uma hora. Por mais que você trabalhe, por mais que você ande, por mais que você estude, você pára uma hora e essa parada que você dá mentalmente, fisicamente, você pensa naquele problema que ta acontecendo, tá entendendo?”* (Manoel); *“Eu converso com os amigos, procuro sair pouco. Vou pra um barzinho tomar uma cervejinha”* (Bernardo).

As atividades maternas de distração ficavam restritas ao hospital enquanto os pais tinham a possibilidade transitar em vários espaços, podendo assim encontrar seus familiares e amigos para se distraírem.

A *distração* era utilizada pelos participantes, dependendo do contexto em que se encontravam. Ela não parece significar fuga do problema, mas uma forma de tentar ter prazer em alguma outra atividade e tentar sair ou amenizar o sofrimento. A ênfase em atividades que pudessem distraí-los delata o pesar sentido cotidianamente pelos casais, principalmente as mães, que estavam confinadas no hospital, muitas vezes sem apoio da família e da equipe.

Estratégia de Enfrentamento III: Reestruturação cognitiva

A estratégia reestruturação cognitiva se dividiu nas seguintes subcategorias como *sendo otimista; valorizando a equipe; salientando aspectos cognitivos da internação e; minimizando a situação* as quais expressavam tentativas de ver a situação de uma maneira mais positiva.

a) Sendo Otimista

Pais e mães acreditavam na recuperação de seus filhos, apesar da situação clínica dos seus bebês. Dessa forma, conseguiam ser otimistas ao visualizarem um futuro possível com os seus recém-nascidos. Era preciso ser otimista para ter forças e continuar a experiência sem data prevista para terminar e para começarem ou continuarem a investir no seu pequeno bebê.

b) Valorizando a equipe

A valorização da equipe também foi outra estratégia utilizada pelos participantes, embora citada por poucos. Acreditar que a equipe está prestando

um bom atendimento diminuía a ansiedade dos casais, como também encontrado por Souza (1997) em pesquisa com pais cujos filhos estavam internados na UTI Pediátrica. Silva, Pires, Gonçalves e Moura (2002) ao pesquisarem mães e pais com crianças com cancro, discutem que o medo da morte e a incerteza, peculiares à hospitalização, eram diminuídos com a confiança na assistência médica e o reconhecimento da preparação dos profissionais. Sugano, Sigaud e Rezende (2003) identificaram nos discursos das mães acompanhantes em unidade pediátrica uma articulação entre as representações de enfermeira e de mães, ao salientarem que elas cuidavam de seus filhos com carinho e amor.

A valorização do trabalho da equipe possui relação estreita com a forma que os casais avaliam os cuidados cotidianos da equipe para com seus bebês. Além disso, ela também depende da qualidade do vínculo inicialmente estabelecido com os profissionais. Segundo Bazon e Campanelli (2003) “o sentimento de amparo, fundamental para a família, está relacionado com o vínculo estabelecido entre profissional-paciente/familiares, pois é a partir desse vínculo que a família começa a confiar nas decisões do profissional e a seguir suas orientações”(p.97). O diálogo necessário entre os casais e a equipe de saúde possibilita o entendimento dos procedimentos adotados pela equipe, diminuindo as fantasias dos casais sobre intervenções inadequadas. Consequentemente, havendo diálogo os casais podem confiar mais na equipe e a valorizar seu trabalho.

c) Salientando aspectos positivos da internação

Alguns pais pareciam estar *salientando aspectos positivos da internação* de seus bebês ao acreditarem que a UTIN era um bom lugar para o bebê se

recuperar e que era melhor ele ficar internado no hospital do que em casa: *“Eu imagino que ele esteja lá para recuperar o tempo, porque uma incubadora é idêntico, mesmo que seja na barriga da mãe. Ele nasceu fora do tempo e ele ali dentro é a mesma coisa que estar na barriga da mãe e olhe lá que pode ser até melhor viu? Porque a mãe corre o risco de tomar uma queda, tomar um susto e assim por diante”*(Tiago); *“Aqui tem uma certa tranquilidade. Tem enfermeira, tem médico, tá sob cuidado humano”* (Ivo).

Esta ênfase nos aspectos positivos da internação na UTIN pode indicar, como no Primeiro Fenômeno, uma modificação na representação social de UTIN permitindo que os pais adquirissem uma nova forma de enxergar a situação de internação do recém-nascido. A UTIN parece transformar-se de um lugar de morte para um lugar de luta pela sobrevivência do recém-nascido. Souza (1997) também constatou que os pais construíram uma nova maneira de significar a UTI ao longo da experiência de internação dos seus filhos. Com o passar do tempo, a UTIN passou a ser vista como um local onde a vida é preservada por meio da tecnologia e da equipe qualificada. Essas possíveis transformações que acontecem ao longo da experiência apontam o caráter dinâmico das representações sociais e a articulação destas ao universo subjetivo dos pais e mães, indicando seu papel ativo na construção e na transformação de conhecimentos construídos socialmente.

Infelizmente tal processo foi identificado apenas nas entrevistas de alguns pais, apontando talvez a permanência da saliência do elemento morte na representação social de UTIN das mães.

c) Minimizando a situação

Mais uma vez a minimização foi utilizada pelos pais refletindo uma tentativa dos casais de se adaptarem à situação, para que pudessem suportá-la melhor e aos poucos irem se preparando para o futuro. Acreditar que a prematuridade faz parte da vida, encarar o quadro clínico como normal, ou deslocar atenção para a esposa e para a possibilidade de terem filhos “normais” foram formas também encontradas pelos pais de minimizarem o problema clínico de seus recém-nascidos, como indicam os exemplos que se seguem: *“Eu soube que ele está com uma pequena infecção intestinal, mas isso é normal, já que ele é prematuro e não está totalmente desenvolvido. O órgão, o organismo dele está se acostumando à alimentação, ao leite materno. Eu só espero agora...não tenho preocupação nenhuma”*(Ivo); *“E o melhor ainda é que minha santinha ta boa. Tá com saúde. Santinha eu digo, minha esposa. Ta com muita saúde. Então se não pode ficar dessa vez, pode ser de outro. Pode arrumar outro. Deus vai botar mais dois filhos pra gente. E aí? Vai ser bem melhor, entendeu?”* (Henrique).

Estratégias relacionadas à reestruturação cognitiva foram mais características dos pais neste fenômeno, por outro lado, as mães recorriam às estratégias referentes à resolução de problemas, discutidas a seguir.

Estratégia de Enfrentamento IV: Resolução de problemas

Apesar do choque inicial característico do Primeiro Fenômeno e das limitações institucionais, mães e pais buscavam aproximação com seus bebês por meio de práticas como: *buscando ficar perto do recém-nascido; cuidando do recém-nascido e; interagindo com o recém-nascido*. Tais práticas indicavam que eles estavam *em busca do exercício da parentalidade*, adotando ações

instrumentais que definiam seu *status* parental, categorizadas na família de *coping resolução de problemas*.

Em busca do exercício da parentalidade

a) Buscando ficar perto do recém-nascido

Pais e mães, especialmente estas últimas, visitavam constantemente os bebês na UTIN para acompanharem de perto a evolução deles. No caso dos pais, percebeu-se que eles tentavam conciliar seus horários no trabalho para que pudessem visitar as companheiras e seus filhos. Quando não podiam, alguns manejavam a distância através de telefonemas: *“Não, eu pego de manhã, cinco, quatro horas da manhã. Largo de uma, duas da tarde. De lá já venho pra cá, daqui eu vou pra casa, não trabalho mais no dia”* (Henrique).

b) Cuidando do recém-nascido

Tal categoria engloba as práticas de cuidados básicos desempenhadas pelas mães como alimentar o bebê, estimular a alimentação e limpá-lo, sempre enfatizando a forma carinhosa de tratamento: *“Ah, eu troco fraldinha dele, dou leite, fico lá conversando com ele, brincando quando ele tá acordadinho, fico mexendo, alisando a cabecinha dele, tudinho”* (Rosa).

Com o tempo, as mães sentiam-se mais confiantes para cuidarem dos seus bebês e lidarem com as restrições do contexto hospitalar. Contudo, elas também relataram que enquanto algumas enfermeiras estimulavam os cuidados, outras os proibiam, o que contribuía para possíveis questionamentos a respeito das intervenções da enfermagem. Rossato-Abéde e Ângelo (2002) afirmam que as enfermeiras avaliam os pais e as mães para verificar se eles têm condições de

estar na UTIN. Para isso, eles devem apresentar algumas características como capacidade de compreensão, obediência às regras do hospital e preocupação exclusiva com a criança. Tal avaliação, como destacam as autoras, estão baseadas em crenças acerca da presença dos casais na UTIN. Diante disso, a permissão para cuidar do recém-nascido também depende das convicções da equipe de enfermagem, não apenas do estado clínico do recém-nascido.

c) Interagindo com o recém-nascido

Durante as visitas, os casais tentavam interagir com seus bebês fazendo carinho, conversando com eles e tocando, mesmo que timidamente nos filhos: *“Eu toco nele, não pode pegar. Tem como não. Eu lavo a mão e toco nele, acaricio o cabelo dele, a cabecinha, o dedo dele, a mãozinha dele, boto minha mãozinha, ele aperta minha mão, meu dedo”* (Henrique).

Alguns pais tinham medo de tocar no recém-nascido e assim prejudicá-lo de alguma forma. Os toques eram geralmente sutis e demonstravam que não se sentiam aptos para interagir com o bebê da mesma forma que as suas companheiras. Mesmo tocando timidamente, o desejo de interagir com o bebê era demonstrado pelas “conversas” que mantinham com os filhos.

O sentimento de inaptidão dos pais pode ser compreendido no âmbito da adesão aos modelos tradicionais de maternidade e de paternidade, que delegam à mãe a capacidade e a responsabilidade pelo cuidado com os filhos. Para Pohlman (2005) faltam geralmente aos pais habilidades no cuidado infantil. “Eles vão de *experts* no trabalho a mero novatos na UTIN” (p. 209). O autor percebeu que os pais de bebês prematuros demonstraram falta de experiência com seus

neonatos, fato compreensível tendo em vista que o principal papel de pai ainda é prover financeiramente a família. Lewis (1986) destaca alguns fatores que têm contribuído para limitar o envolvimento paterno. Primeiramente, as atividades pré-natais nos serviços de saúde não abrem espaço para os pais; segundo, existe a expectativa cultural de que alguns aspectos da gestação não devem ser acessíveis à participação paterna e; terceiro, os homens ainda relutam em participar de atividades nos serviços de saúde, mesmo quando elas são direcionadas a eles. Possivelmente pelo fato de também se respaldarem em concepções tradicionais da paternidade construídas no meio cultural, que reforçam a idéia de que questões relacionadas à saúde reprodutiva dizem respeito prioritariamente ao universo feminino.

Diante disso, evidencia-se a necessidade de incentivar os pais a interagirem sem medo com seus neonatos e assim, construir uma relação mais íntima e participante com seus filhos.

O conjunto de práticas descrito acima indica que mesmo diante do sofrimento causado pelo nascimento de um filho prematuro, as mães e os pais vão ao encontro de seus filhos e tentam, da forma que podem e que lhes é permitido, interagir e cuidar de seus bebês. Tais práticas expressam uma tentativa de resgatar os papéis de mãe e pai. Dito de outra forma, expressam uma tentativa de adquirir mais auto-confiança parental. Contudo, tais práticas foram percebidas mais freqüentemente nas mães, uma vez que elas estavam constantemente com os bebês.

Estratégia de Enfrentamento V: Regulação da emoção

A categoria regulação da emoção diz respeito à três estratégias: auto-encorajamento; controle emocional e; expressão emocional.

a) Auto-encorajamento

O auto-encorajamento foi uma estratégia identificada nas entrevistas das mães quando destacavam a importância de permanecerem no hospital por causa do filho: *“Às vezes eu suporto por ele, não por mim. Eu apesar dos pesares estou bem, estou ótima. Mas quem precisa mais de mim nessa hora é eles e não posso pensar mais em mim. Tenho que ficar pelos três, pelo meu esposo que está lá fora e pelo meu filho”* (Izabel).

Percebe-se a influência da condição interveniente *a importância do filho* na adoção dessa estratégia. A representação social de filho, discutida anteriormente reflete a grande importância deste para os casais. Assim, alicerçadas no valor que o filho tem para elas, as mães se sentem mais confiantes para continuarem a jornada da internação.

b) Controle emocional

O controle emocional foi identificado em entrevistas, principalmente dos pais, quando estes tentavam reprimir o choro no hospital: *“Não, eu tapei na frente dela, pra não ver ela aperreada, pra não perder o resguardo dela, entendeu? Mas sofri muito. Até hoje eu sofro ainda”* (Henrique). *“Mas é ruim demais. Quando eu vou , que deixo ela aqui mais o menino, eu já saio chorando já”* (Otávio).

A preocupação dos pais em não demonstrar as emoções para apoiar a esposa reflete um cuidado para com ela, possivelmente por perceber a esposa

como um ser frágil, como constatou Souza (1997) nos discursos masculinos. Assim, esta prática mostra-se ancorada em representações tradicionais de homem e de mulher, que concebem o homem como forte e a mulher com um ser frágil, necessitado de cuidados.

c) Expressão emocional

A regulação da emoção também foi expressa por meio da estratégia denominada **expressão emocional**. Alguns entrevistados conversavam sobre a prematuridade, expressando suas emoções, enquanto parte deles não suportava conversar sobre a condição de seus bebês. Expressar as emoções ao falar sobre seus bebês prematuros pode facilitar uma outra estratégia de enfrentamento, a reestruturação cognitiva por meio da ressignificação da experiência, indo da desorganização dos primeiros dias para a reorganização de novos sentidos.

Estratégia de Enfrentamento VI: Busca por informações

A *busca por informações* também foi estratégia utilizada pelos entrevistados, uma vez que tinham dúvidas sobre a evolução clínica de seus filhos. De acordo com Souza, Araújo, Azevedo, Jerônimo, Barbosa, Souza (2007) “os profissionais adotam um apoio formal, com informações insuficientes e uso de linguagem técnica que favorecem a construção de uma realidade distorcida” (p. 5). Ainda segundo os autores a ausência ou inadequação da informação agravam as dificuldades das mães de bebês prematuros de alto-risco.

No entanto, mesmo diante da postura inadequada de alguns profissionais da UTIN, alguns pais e mães foram em busca de mais informações, procurando a equipe de saúde ou até outras mães (no caso das mulheres) para compreenderem

melhor o que estava acontecendo com seus bebês e assim poderem acompanhar sua evolução: *“Mas quando chego lá, pergunto. Ontem ela tava com 525g. Hoje ela já tá com. ihesqueci. Tá pegando peso aos pouquinhos, aos pouquinhos...”* (Nivaldo).

Geralmente eles buscavam tirar suas dúvidas com os técnicos de enfermagem e as enfermeiras, pois como elas estavam mais presentes do que os pediatras estabeleciam uma proximidade maior com os pais e mães, servindo como fonte de apoio para os pais, como também constatado por Thornton, Berry e Santo (apud Gomes, 1992).

A busca por informações torna-se essencial no processo de ressignificação do bebê e da situação em si. Quando eles procuram informação diariamente, estão buscando também por algo concreto que possa fortalecer a esperança em relação à recuperação do bebê. Entretanto, nem sempre esse processo é reconhecido pelos profissionais.

Estratégia de Enfrentamento VII: Esquiva

A *esquiva* também se destacou na fala de certos participantes e foi representada pelas subcategorias *evitação cognitiva*, *evitação comportamental* e *negação*.

a) Evitação cognitiva

A *evitação cognitiva*, estratégia utilizada principalmente pelas mães foi identificada quando diziam evitar falar sobre a situação para não terem que pensar sobre ela e assim causar mais sofrimento: *“Gosto não, visse. Porque ficar*

lembrando é pior. Eu acho que o dia fica mais longo parece que não vai acabar nunca. Então quanto menos lembrar, perguntar, falar daquilo, é melhor” (Karla).

A *evitação cognitiva* parece ser uma estratégia necessária para amenizar o medo e reduzir a ansiedade desencadeada pelo choque de ter um filho prematuro. Ela indica, como afirmam Knapp e Caminha (2003) o não-processamento da experiência traumática. Percebe-se, portanto, que alguns pais ainda se encontram chocados com a situação e assim, necessitam utilizar a evitação, seja ela cognitiva ou comportamental para poderem controlar seus sentimentos.

Por outro lado, quando se torna prática recorrente esta estratégia pode perpetuar fantasias, bloquear a expressão dos sentimentos e dificultar a ressignificação da experiência.

b) Evitação comportamental

Participantes, na maioria homens, também explicaram que evitavam mexer no recém-nascido devido a sua fragilidade. Esta prática está baseada na concepção do recém-nascido como ser frágil, condição interveniente discutida anteriormente. Evitar permanecer muito tempo na UTIN, provavelmente pelo sofrimento que lhes causava também foi relatado por pais e mães: **Você já tocou nela?** *“Não, porque eu fico olhando. Eu fico assim, com medo de tocar. Ai eu fico olhando para ela, converso com ela. Ela me escuta, abre o olhinho, tudinho” (Alice).; “Eu fico mais no corredor olhando ela. Depois eu entro, deito um pouquinho pra não ficar com minha coluna muito doendo. Assim...às vezes eu choro aí quando chega alguém pra conversar comigo eu me alegro mais um pouco, e vai levando assim” (Carla).*

Tanto a *evitação cognitiva* como a *evitação comportamental* indicaram tentativas de amenizar o sofrimento. Os relatos dos participantes refletem a profunda dor aliada, às vezes, à dificuldade de interagir com o bebê prematuro de alto-risco. Este tipo de estratégia utilizada por alguns pais e mães alerta para as possíveis conseqüências negativas na interação entre pais e mães e seus recém-nascidos, apontando a urgência de apoio da equipe de saúde durante a transição para a parentalidade prematura.

c) *Negação*

A negação foi identificada em entrevistas de alguns pais e diz respeito à negação de dificuldades, de sentimentos e preocupações: ***Mas você acha que ela pode ter alguma deficiência... No futuro? Agora não, né? Depois que sai ali da UTI... No momento em que você estava na UTI isto veio na tua cabeça? Veio.(Silêncio). E agora, tem alguma preocupação específica? Não, agora estou super tranquilo. (Bernardo).; E como é que você está enfrentando estas dificuldades? O que você faz? “Ah, eu explico da melhor forma possível, né? Porque...eu tenho que educar dois filhos, tá entendendo? Então eu nunca vou enfrentar isso como uma coisa ruim. Eu vou enfrentar como uma coisa normal” (Sandro)***

A *negação* dos pais parece ter sido um recurso utilizado ancorado no modelo masculino tradicional, em que a dor precisa ser escondida e dominada. Alguns pais tentavam destituir os aspectos dolorosos da experiência ao avaliarem-na como “normal”. Contudo, no decorrer das entrevistas, alguns se emocionavam e até choravam, denunciando o sentimento de dor.

As exigências da situação de prematuridade do recém-nascido desafiam os homens, que se vêem frágeis e impotentes diante de tal experiência. Em contrapartida eles tentam, de alguma forma, ter controle da situação, negando seus aspectos dolorosos.

Estratégia de Enfrentamento VIII: Desamparo

A *busca pela conformação* foi categorizada na família de *coping desamparo* por indicar a tentativa dos participantes de se conformarem com a situação, de deixarem o tempo passar, já que nada podiam fazer: *“É o jeito né? Fazer o que? É meio difícil, mas tem que enfrentar assim mesmo, sabendo que é difícil mas tem que enfrentar assim mesmo”* (Cássio).

As ações relacionadas ao desamparo podem se tornar benéficas quando caminham rumo à aceitação da prematuridade. Porém, elas podem ser substituídas pela passividade dos casais quando associadas ao sentimento de impotência por terem sido impedidos de desempenhar seus papéis parentais (condição interveniente). Quando a aceitação implica passividade, o investimento parental corre o risco de diminuir, comprometendo o vínculo entre o casal e o bebê.

Estratégia de Enfrentamento IX: Delegação

A *delegação* novamente aparece no Segundo Fenômeno, por meio das reclamações, principalmente dos pais. Diante da ausência de maiores explicações médicas, alguns pais buscavam esclarecimentos enquanto outros pareciam apenas criticar, adotando uma postura passiva: *“O que tá sendo mais difícil é que não me falaram qual é o problema dele. Só isso. Dizem que está bem. Se Deus*

quiser ele vai melhorar.(...) O que você acha que poderia melhorar? Não...é só pelas informações que deviam me dizer, né, não acha?” (Evandro).

Estratégia de Enfrentamento X: Afastamento Social

O afastamento social foi identificado em entrevistas de pais e mães quando estes se afastavam de outras pessoas para evitar falar do assunto: *“Por eu sou assim, eu não gosto de conversar, entendeu? Eu prefiro me trancar e vou para o meu canto e choro, somente” (Izabel); “Assistindo televisão fico conversando com ninguém, fico parado, fico na minha” (Cássio).*

Segundo Repetti (1991) o *afastamento social* pode ser uma maneira das pessoas aliviarem suas tensões frente a uma situação difícil, que causa fadiga e *stress* emocional. O *afastamento social* pode ou não levar à estratégia de distração. Quando é freqüente e associado às estratégias de fuga, acarreta efeitos negativos, como por exemplo, a impossibilidade de interações sociais que possibilitam apoio para a situação estressante.

Algumas estratégias de enfrentamento caracterizam-se, sobretudo, por aspectos comportamentais, configurando-se muitas vezes como práticas sociais. Em outras estratégias, como a reestruturação cognitiva, os aspectos cognitivos têm destaque, vinculando-se diretamente aos significados das representações sociais. Diante disso, percebe-se a articulação das representações sociais em dois níveis: comportamental e cognitivo. O aspecto emocional permeia tanto as práticas como as cognições a respeito dos objetos sociais. Assim, tanto os comportamentos como os significados podem surgir ou serem modificados quando despertam emoções fortes e traumáticas para o indivíduo, como, por exemplo, a

experiência de ter um bebê prematuro. Em contrapartida, práticas e significados também podem fazer surgir determinadas emoções.

Os estudos sobre *coping* têm negligenciado o papel das representações sociais, embora se considere seus aspectos sociais. Segundo Folkman e Moskowitz (2004) na literatura sobre *coping* predominam os modelos individualistas que não dão a devida atenção à influência dos aspectos sociais. As autoras citam alguns estudos que tentam classificar os tipos de *coping*, por exemplo, em pró-sociais e antisociais. Entretanto, ainda parece haver poucas discussões sobre os padrões de *coping* e a influência dos significados contruídos no contexto social. Alguns estudos comparam as diferenças de estratégias adotadas por homens e mulheres, mas não discutem, por exemplo, as relações de gênero numa perspectiva sócio-cultural.

Fica evidente que os casais entrevistados se pautam em representações sociais que seguem dois eixos principais: um relacionado às questões familiares (representações de maternidade, paternidade, casamento, filhos) e outro relacionado à morte no contexto hospitalar (representações sociais de UTI e de morte). Essas representações estão articuladas, gerando outras representações a partir da experiência vivenciada, como as de UTIN e de recém-nascido, que podem ser modificadas pela experiência cotidiana. Estas representações sociais, por sua vez, também estão presentes na equipe de saúde. Contudo, pouca reflexão tem-se feito a esse respeito. As práticas de saúde muitas vezes são embasadas em crenças e representações sociais que terminam por prescrever os comportamentos dirigidos aos pais e mães. Trindade (1998) pôde constatar, por

meio de relatos da clientela de um Serviço de Aconselhamento Genético, que as condutas dos profissionais de saúde estavam relacionadas a representações sociais tradicionais da maternidade/paternidade, as quais contribuíam para a idéia de que a mãe era única responsável pelos problemas do filho.

O tópico de ações e interações alerta para a necessidade de se compreender a diversidade de estratégias de enfrentamento adotadas pelos pais, visando à construção e efetivação de atividades que impliquem: 1. A informação constante sobre o quadro clínico do recém-nascido, através da relação dialógica horizontal; 2. O engajamento dos casais no tratamento de seus filhos de forma a restituir-lhes seus papéis parentais; 3. O estabelecimento de espaço para que eles possam expressar seus sentimentos sem serem julgados; 4. A proposição de atividades que possam distrair as mães que permanecem internadas.

Para uma melhor visualização das estratégias de enfrentamento, segue abaixo o quadro 9.

Quadro 9 : Ações e Interações do fenômeno Lidando diariamente com a dor

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Componentes | Códigos |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------|---|
| Lidando diariamente com a dor | Busca por suporte | Busca por suporte espiritual | | Entregando nas mãos de Deus Pediam pra Deus a recuperação do RNP |
| | | Busca por suporte familiar | | Recorrendo aos familiares |
| | | Procura por suporte de outras mães | | Recorrendo às outras mães |
| | Distração | | | Escrever Conversar Namorar Ler Assistir TV Beber Escutar música Caminhar Cantar Ajeitar a casa |
| | Reestruturação | Sendo otimista | | Acreditando na |

| | | | | |
|--|------------------------|---|---------------------------------------|---|
| | cognitiva | | | recuperação do bebê Pensando no futuro |
| | | Valorizando a equipe | | Elogiando os serviços da equipe |
| | | Salientando aspectos positivos da situação | | Percebendo UTIN como um bom lugar para o bebê Acreditando que UTIN é o melhor lugar no momento |
| | | Minimizando a situação | | Acreditando que bebê está bem Encarando o problema como algo que acontece na vida Afirmando que o importante é a esposa estar bem |
| | Resolução de problemas | Em busca do exercício da parentalidade | Buscando ficar perto do recém-nascido | Visitando o bebê constantemente Ligando constantemente |
| | | | Cuidando do recém-nascido | Realizando cuidados básicos |
| | | | Interagindo com o recém-nascido. | Fazendo carinho no bebê Tocando no bebê Conversando com bebê |
| | Regulação da emoção | Auto-encorajamento | | Suportando em nome do filho |
| | | Controle emocional | | Controlando o choro |
| | | Expressão emocional | | Conversando sobre o recém-nascido |
| | Busca por informações | Procurando informações sobre condições clínicas | | Procurando a médica Procurando a enfermeira Procurando informações com outras mães |
| | Esquiva | Evitação cognitiva | | Evitando pensar na situação para não sofrer mais |
| | | Evitação comportamental Negação | | Evitando mexer muito no recém-nascido |
| | | | | Negando dificuldades na situação Negando sentimentos Negando |

| | | | | |
|--|--------------------|------------------------|--|--|
| | | | | preocupação |
| | Desamparo | Buscando a conformação | | Percebendo que têm que se conformar com a situação |
| | Delegação | | | Reclamando por não ter recebido muitas explicações médicas |
| | Afastamento social | | | Se afastando das pessoas para não tocar no assunto |

3. 2. 5. Conseqüências

Ter um filho prematuro de alto-risco e conviver com ele acarretou certas conseqüências para mães e pais, já que além da frustração do nascimento de um bebê inesperado e com alto-risco de morte, eles tiveram que lidar também com as limitações do contexto hospitalar, no que se refere a sua estrutura física e normas institucionais.

Conseqüência I: Preocupação com o futuro

Durante a entrevista vários participantes relataram preocupação com a possibilidade de seus bebês terem seqüelas após a internação na UTIN. A fragilidade do recém-nascido também era motivo de preocupação para as mães que duvidavam de sua própria capacidade de cuidar de um recém-nascido prematuro.

a) Preocupação com seqüelas físicas e mentais

A preocupação com seqüelas, principalmente físicas foi a mais destacada pelos entrevistados: *“Eu gostaria muito que ela ficasse uma pessoa normal, né? Porque têm muitas crianças que ficam com defeito, com problema, com alguma coisa” (Lúcia); “Ela pode ser mental de juízo, uma coisa assim, mas não é*

deficiente, a gente tá vendo normal ali. Tudo normal, é uma alegria, né?”(Nivaldo); “Aí eu não sei se ele vai ficar com um metro e meio, se vai ficar anão, isso aí eu não sei. Mas do jeito que ele estiver ele é o meu filho e eu tenho que aceitar” (Tiago); “Que ela não saia com nenhum defeito, nenhuma seqüela. Porque há uns quatro anos atrás eu tenho uma colega minha que ela teve também neném prematuro. Aí ela perdeu a mãozinha ali dentro. Perdeu a mão na UTIN? Perdeu. Aí eu acho assim, acho que foi erro de lá de dentro. Porque se ela nasceu perfeitinha, sem seqüela, e depois ela ficar com a mãozinha assim, não sei se foi por causa de um soro que deixaram muito tempo, se foi por causa da injeção que ela não tomou e perdeu a mãozinha. Não sei” (Patrícia).

Durante os relatos, alguns participantes pareciam constrangidos ao falarem sobre suas preocupações com seqüelas. Mesmo sem saberem às vezes especificar o tipo de seqüela que temiam, a preocupação era dirigida principalmente aos aspectos físicos e ao ritmo do desenvolvimento dos bebês: *“Eu fico perguntando para quem já tem um filho prematuro se desenvolve normal, se ela já... Às vezes eu acho que não, porque tinha dois meses ainda para ela poder desenvolver na minha barriga” (Fernanda).*

b) Preocupação em não saber cuidar do recém-nascido

Para algumas mães os recém-nascidos apresentariam necessidade de cuidados especiais após a alta-hospitalar, o que causava preocupação pelo fato de terem medo de não saberem cuidar bem de seus filhos: *“Porque no início não tá preparada, aí eu acho que eu só tenho amor pra dar a ela e agora eu nem sei como é que vou cuidar dela, tão pequena” (Manuela).*

Para Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005) o fato do bebê prematuro ser menor e mais frágil intensifica os temores das mães de não serem capazes de cuidar de seus bebês satisfatoriamente. Além disso, com base na literatura, nas observações e nos relatos das mães da presente pesquisa, percebe-se que as limitações dos papéis parentais podem fortalecer o sentimento de incapacidade das mães caso estas sejam incentivadas a cuidarem de seus recém-nascidos. Tendo em vista tal possibilidade, Martinez, Fonseca e Scochi (2007) ressaltam a importância da equipe de enfermagem no treinamento para a alta do recém-nascido.

Consequência II: Chegando ao limite

Também foram observadas nas entrevistas das mães falas que indicavam o enfraquecimento de suas forças, sugerindo a existência de um processo de estar *chegando ao limite* devido ao confinamento. Essa categoria diz respeito ao estresse emocional diante de um contexto hospitalar ansiogênico e não suportivo, que demanda das mães um grande esforço, sobretudo emocional, para que possam se adaptar.

Com o passar do tempo, o sofrimento de estar confinada à situação potencialmente estressante, sem uma rede de apoio satisfatória, fazia as mães se sentirem esgotadas e perceberem que estavam perdendo as forças. Elas se sentiam sozinhas, confinadas ao espaço hospitalar e sem previsão de quando a internação teria fim. Os relatos de algumas mães indicaram o desejo pelo fim da situação insuportável para elas: *“É difícil, muito. Às vezes dá vontade de desistir de tudo (Izabel).; Não tô me estressando pra sair. Ainda não. Mas vai chegar o*

ponto de eu chorar, querer ir embora, de me aperrear. Vai chegar o ponto” (Fernanda).

Nas entrevistas dos pais foi possível perceber que eles também estavam chegando ao limite, mas, diferentemente das mães, era pela dificuldade de conciliar trabalho, visitas ao hospital e cuidados com a casa em um momento de dor: *“Queria que ela saísse logo daqui. Porque desse jeito não tá dando aqui não. É uma demora”. O que mais te angustia? “É ver ela aqui dentro. Todas duas aqui dentro (Daniel)”;* *“Me preocupa é só ele aqui... eu quero que ele vá pra casa comigo. Essa demora...” O que é que está te angustiado agora? “É essa demora” (Otávio).*

Mais uma vez fica destacada a importância dos contextos na experiência da parentalidade prematura. Como já discutido anteriormente, existem iniciativas baseadas na proposta de humanização do atendimento hospitalar, que visam fornecer suporte aos pais e mães de recém-nascidos prematuros de alto-risco, por meio de grupos de apoio, por exemplo. Todavia, a realidade ainda demonstra o despreparo e dificuldade de vários hospitais e profissionais em efetivar a proposta de humanização. Dessa forma, em várias instituições brasileiras, os casais não recebem apoio e acolhimento necessários durante a internação de seus bebês prematuros.

Um outro fator a ser considerado diz respeito à exclusão do pai na UTIN. Mas não são apenas os profissionais de saúde que reforçam o papel do pai como coadjuvante. Observa-se que também a literatura científica tradicionalmente enfoca de forma prioritária as experiências maternas. Percebe-se com isso que

tanto os espaços nos quais os homens transitam e buscam apoio como suas vivências durante o período de hospitalização do recém-nascido prematuro ainda carecem de seu merecido destaque.

Consequência III: Vivenciando ansiedade constante

Pais e mães afirmaram pensar constantemente na condição de saúde de seus bebês indicando, assim, uma preocupação constante com o estado clínico e risco de morte dos de seus filhos: *“A dificuldade que eu tenho é que às vezes eu fico horas e horas só pensando, pensando. Tudo vem pra minha cabeça. Esses problemas todinhos. Aí começa...às vezes passa uma hora. Venho, olho ela, volto. É a mesma coisa. Na minha mente...tá me perturbando bastante”* (Manuela).

A preocupação aumentava a ansiedade e, conseqüentemente, surgiam sintomas psicossomáticos como: dificuldades para comer ou comer demais, dificuldades para dormir e dores de cabeça. *“Pra comer eu tô tendo dificuldade. Eu já perdi, já é antigo já. Perdi 700gramas. Porque você sempre fica pensando. De repente sua vida muda, de uma hora pra outra. Muda muita coisa”* (Gabriel).

Alguns estudos têm enfatizado o risco de depressão em mães de bebês prematuros (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004; Schwengber & Piccinini, 2003; Alfaya & Schermann, 2001; Zucchi, 1999), assim como os possíveis efeitos da internação na UTIN para a família após a alta-hospitalar (Whitfield, 2003; Doucette & Pinelli, 2004). Tais estudos confirmam o caráter potencialmente estressante da experiência de acompanhantes de um recém-nascido em uma UTIN e os decorrentes problemas de saúde que podem surgir durante esse período. Pouco se sabe sobre as dificuldades dos pais na UTIN,

contudo os dados revelaram que assim como as mães, os pais também sofrem e vivenciam processos de ansiedade durante a internação.

O elevado nível de ansiedade característico da situação, associado ao sentimento de culpa pela prematuridade e estado clínico do bebê pode levar ao esgotamento emocional, como afirma Baldini (2001). A equipe profissional precisa estar preparada para prestar assistência, não apenas ao recém-nascido como também aos seus genitores que podem entrar também em processo de adoecimento.

O quadro abaixo apresenta as duas categorias pertencentes às consequências do Segundo Fenômeno.

Quadro 10: Consequências do fenômeno Lidando diariamente com a dor

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|-------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Lidando diariamente com a dor | Preocupação com o futuro | Preocupação com seqüelas físicas e mentais | Medo de lesões no pulmão Medo de deficiência física Medo de desenvolvimento lento Medo do filho não sair normal |
| | | Preocupação em não saber cuidar do recém-nascido | Se sentindo despreparada para cuidar do RNP Pensando sobre como cuidar do bebê no futuro Tendo medo de cuidar de um bebê tão pequeno |
| | Chegando ao limite | Chegando ao limite devido ao confinamento | Se sentindo presa Sentindo falta de atividades para se distrair Se desentendendo com outras pessoas Sentindo falta da família |
| | | Chegando ao limite pela separação | Não suportando ficar sem a esposa Desejando ter a esposa e o filho em casa |
| | Vivenciando ansiedade constante | Preocupação constante | Pensando o tempo todo Não conseguindo trabalhar direito por estar preocupado |

| | | | |
|--|--|-------------------------------|---|
| | | Distúrbios psicossomáticos | Não conseguindo dormir Não conseguindo comer Comendo muito Dores de cabeça |
|--|--|-------------------------------|---|

3. 3. Terceiro Fenômeno: Aprendendo a ser pai e mãe prematuros

Após o choque inicial com o nascimento do recém-nascido prematuro e por meio das interações iniciais com os bebês, alguns pais e mães começavam a identificar aspectos positivos na parentalidade prematura, iniciando um processo de reorganização da experiência vivenciada. Algumas pesquisas com pais e/ou mães de recém-nascidos prematuros analisam a vivência dos genitores salientando estágios no processo da experiência de parentalidade prematura, que se inicia com o choque do nascimento prematuro e prossegue com a construção e fortalecimento da identidade parental e aceitação da situação (Gomes, 1992; Souza, 1997; Oliveira, 1998; Thomaz et al. 2005; Viana, Guimarães, Maia, Ramos e Mendes, 2005). Segundo Gomes (1992): “os pais passam para uma fase de desorganização para buscar a reorganização, que está sempre pautada na aceitação do nascimento prematuro ou da morte provável desse ser imaturo” (p. 75).

Os sinais de recuperação do recém-nascido prematuro e o desejo pela maternidade e paternidade permitem, aos poucos, que os casais invistam nos seus filhos, fortalecendo a esperança na sua recuperação e a auto-confiança parental. A evolução do quadro clínico, que por sua vez propicia maior resposta do recém-nascido aos estímulos dos seus genitores e a possibilidade de cuidar e interagir com o bebê facilita o desempenho dos papéis maternos e paternos. Entretanto, esse processo de aprendizagem da parentalidade não significa que

pais e mães deixem de sofrer com a experiência de internação de seus bebês. Além disso, é um processo que também ocorre em momentos diferentes para cada participante e pode sofrer influência de outros fatores tais como a rede de apoio de familiares, os amigos e a equipe; a história pessoal; a importância atribuída à maternidade e à paternidade, a culpa pelo nascimento prematuro do bebê e; a história clínica do recém-nascido.

Cuidar de um bebê prematuro exige um aprendizado por parte dos casais que vai se desenvolvendo ao longo da experiência permeada pela dor e pela esperança.

3. 3. 1. Condições Causais

As condições causais que impulsionaram os casais a iniciarem o processo de aprendizagem dizem respeito às estratégias de enfrentamento classificadas como reestruturação cognitiva. Assim, neste fenômeno, a reestruturação cognitiva tem um aspecto peculiar e central, pois ela possibilita processos de ressignificação de si, do recém-nascido e da família, através de um olhar mais positivo da situação, fortalecendo a esperança dos casais e o investimento na parentalidade.

Condição Causal: Ressignificando a parentalidade prematura

A possibilidade de ver aspectos positivos na parentalidade prematura é uma estratégia de enfrentamento, mais especificamente a reestruturação cognitiva, que indica uma tentativa de adaptação e aprendizagem dos pais e mães a uma situação inesperada e dolorosa de prematuridade do recém-nascido. Apesar das estratégias de enfrentamento serem nesta pesquisa consideradas como ações e interações, neste Terceiro Fenômeno elas se destacaram como condição causal do processo de aprendizagem da parentalidade prematura.

a) *Tendo satisfação com o nascimento do bebê*

A ressignificação da parentalidade prematura se inicia quando pais e mães conseguem perceber aspectos positivos da parentalidade, ao destacarem satisfação e alegria pelo nascimento do filho: *“Tive minha filha. Pelo menos tentei, tentei e consegui” (Daniela); “Ter seu filho né? Ter seu filho...Isso que é bom” (Kauã).*

Novamente percebe-se a importância do filho biológico para os casais. Vários participantes demonstraram contentamento por poderem ter um filho, mesmo sendo ele prematuro e mesmo diante das adversidades inerentes à experiência.

b) *Percebendo crescimento pessoal com a parentalidade*

Um outro fator que contribui para a ressignificação da parentalidade prematura é a possibilidade de perceber crescimento pessoal com a aquisição do *status* de pai e de mãe.

Em relação a esta categoria as mães destacaram os seguintes aspectos: *adquirindo maturidade, sentindo-se preenchida com a maternidade, sentindo-se mais feliz, sentindo-se mais segura e tendo mais responsabilidade: “Pelos dificuldades, é uma alegria muito grande. Ontem eu era solteira, hoje eu sou casada e hoje eu sou mãe. Aí você vê que muda muita coisa. Vai mudando. Você se sente mais madura, mais mulher, mais cheia de autoridade. Você é premiada. As outras pessoas ficam: ‘é teu filho,é?’. Aí: é, é meu filho. Porque sabem que é seu. É como se você não tinha nada e hoje você tem tudo” (Tânia);*

O fenômeno da maternidade, para essas mulheres, engendra um processo de auto-ressignificação. Os relatos sugerem que tais mães pareciam estar *sentindo-se mais mulher com a maternidade*.

A maternidade, para muitas mulheres, ainda parece ser condição da estruturação feminina. Fidalgo (2003) ao discutir a maternidade sob o ponto de vista sócio-cultural destaca que

Foi assim que, ao vincular exclusivamente as mulheres à procriação, à expressão de um pretenso instinto maternal, ao desempenho primordial de tarefas do cuidar (*caring*), o patriarcado não só define estas dimensões como naturais, para as legitimar, como as torna uma extensão da identidade das mulheres a que faz corresponder conotações com sentimentos de entrega, bondade e renúncia, intrínsecos à condição feminina (p.16-17).

Desenvolveu-se então a noção de que a maternidade realiza a mulher, e com o passar dos anos o desejo “natural” pela maternidade foi forjado e arraigado no universo feminino. Embora atualmente ser mãe seja considerado uma opção para as mulheres, é uma opção imprescindível, como destacam Santos, Novelino e Nascimento (2001).

Para os pais a paternidade trouxe a responsabilidade e o amadurecimento: *“Ao ser pai, eu acho que ele fica mais responsável, ganha mais uma maturidade, fica mais responsável, tem mais, digamos assim, acho que ele se transforma de um adolescente que não tem responsabilidade com nada e passa a ter uma responsabilidade maior, né? Claro que tem uma pessoa pra cuidar, né? Tudininho”*

(Pedro); “Traz um amadurecimento, a...a...a paciência, a sensatez de...de poder ser pai, de poder ter...de poder pensar” (Manoel).

Os pais parecem estar sentindo-se mais adultos com a paternidade. Percebe-se então que a paternidade adquire o papel de culminação da fase adulta, caracterizada pela responsabilidade e exercício de atividades voltadas à família. Essa mudança, caracterizada principalmente pela aquisição da responsabilidade, é percebida de forma positiva pelos pais, como também puderam constatar Trindade e Menandro (2002) em estudo sobre paternidade com pais adolescentes.

Tais dados corroboram o estudo de Fuller (2000) sobre a significação da paternidade para homens dos setores médios e populares no Peru. A autora constatou que ter filhos, além de ser uma consagração da hombridade, significa o fim da juventude e o assumir da responsabilidade por meio do sustento material e moral de sua prole. A autora ainda destaca que a responsabilidade força o homem a estreitar seus compromissos na esfera do trabalho, percebendo-se como alguém mais confiável por ter aprendido a se disciplinar e decidir como um homem adulto, constrastado com o jovem que é caracterizado como imaturo.

A percepção de crescimento pessoal com a parentalidade é resultante de um processo de auto-ressignificação impulsionado pelo desejo de ser pai e mãe, o qual se associa ao projeto de construir família. Como discutem Borloti e Trindade (2004) tal projeto não é exclusivo das mulheres e, sendo assim, os homens também procuram concretizá-lo. A concretização da família só acontece, para muitos, com o nascimento de filhos, especialmente de filhos biológicos. Como

discute Romanelli (2002) apesar das transformações ocorridas na família e da constatação da variedade de arranjos familiares, a família nuclear ainda parece ser um referencial “ideal de ordenação da vida doméstica para a grande maioria da população” (p.74).

c) Ressignificando a percepção do recém-nascido prematuro

A terceira subcategoria da condição causal no processo de ressignificação da parentalidade prematura diz respeito aos destaques das melhoras no quadro clínico dos bebês: *“O sentimento é porque antecipou as coisas, e ao mesmo tempo, tá se saindo bem, né? Tá melhorando aí a pessoa se apegando a isso. Eu tô me apegando a isso” (Lúcio).; “Ela tá indo super bem. Até agora. A enfermeira disse que ela tá super bem. Logo no começo, os médicos não afirmavam se ia viver ou não” (Patrícia).*

Além disso, era comum enfatizarem as habilidades e características do recém-nascido: *“Não teve estimulação não, ela foi logo pegando. Realmente é uma criança muito ativa, sabe? Eu não percebia que ela é muito ativa” (Bianca); “Olhei pra ela, ela abriu o olhinho, quando eu falei ela me escutou. Pronto. Pra mim no outro dia eu ia levar ela pra casa” (Ulisses); **E no começo ele reagia também ou ficava mais quieto?** “Nao, ficava quieto. Agora ele tá mais assim...tá mais rebelde” (Olga).*

Braga e Morsch (2003) revelam que com o tempo pais e mães vão descobrindo as competências de seus filhos por meio de seus comportamentos e expressões, associando-os à saúde e ao bom desenvolvimento. Assim, os comportamentos e as respostas aos estímulos parentais fazem com que os casais

comecem a modificar a percepção negativa de seus bebês, destacando momentos que, para eles, mostravam o desenvolvimento “normal”.

As experiências que os casais vão vivenciando com seus bebês possibilitam o processo de ressignificação do filho. Trindade (1991) realizou pesquisa com casais em processo de aconselhamento genético e afirma que a diversidade de experiências vivenciadas ao longo do tempo pode produzir mudanças na percepção do filho com problemas. Diante de tais considerações, destaca-se a importância de se incentivar as interações entre os casais e seus filhos, para que os pais e mães possam reconhecer as habilidades e peculiaridades inerentes ao seu bebê e assim poderem estabelecer e/ou fortalecer o vínculo entre eles.

Tendo em vista as condições causais do Terceiro Fenômeno, conclui-se que as representações sociais relacionadas ao âmbito familiar (mãe, pai, filho, família) ao mesmo tempo em que podem aprisionar os sujeitos aos modelos pré-estabelecidos e acarretar sofrimento aos mesmos, também podem ajudá-los a resgatar os aspectos positivos da parentalidade, mesmo quando esta acontece de uma forma inesperada e discrepante do que era sonhada. As representações sociais mais uma vez se mostram articuladas às estratégias de enfrentamento dos casais. Posteriormente será retomada a discussão sobre a articulação entre representações sociais e estratégias de enfrentamento.

Segue abaixo o quadro com as condições causais identificadas no Terceiro Fenômeno.

Quadro 11: Condições causais do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematureos”

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Componentes | Códigos |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|--|
| Aprendendo a ser pai e mãe “prematureos” | Resignificando a parentalidade | Sentindo-se satisfeito com a possibilidade de ter um filho. | | Tendo satisfação com o nascimento do filho Sentindo alegria por poder ter um filho Sentindo alegria por poder ter um filho seu |
| | | Percebendo crescimento pessoal com a parentalidade | Sentindo-se mais mulher | Sentindo-se mais madura Sentindo-se preenchida Sentindo-se mais feliz Sentindo-se mais segura Sentindo-se mais responsável |
| | | | Sentindo-se mais adulto | Sentindo-se mais adulto Sentindo-se mais responsável Sentindo-se mais maduro |

3.3.2. Condições Contextuais

A aprendizagem da maternidade e da paternidade prematura se desenvolveu em um contexto aversivo que limitava o exercício pleno da parentalidade. Os pais e as mães precisaram se adaptar a todas as limitações decorrentes do universo hospitalar e com a ruptura do cotidiano, vivendo a separação do casal e, em alguns casos, dos outros filhos. Dessa forma, os casais tentavam lidar com a maternidade e paternidade prematura e suas decorrentes frustrações e ansiedades em um contexto que rompia não apenas com os sonhos construídos acerca da parentalidade, mas também com o cotidiano habitual das práticas e relações familiares.

Condição Contextual I: Sentindo solidão e saudade

Os relatos de pais e mães enfatizavam suas dificuldades em lidar com essa separação física conjugal e, no caso apenas das mães, ao confinamento hospitalar.

a) Sentindo solidão e saudade de casa

A solidão e a saudade de casa que as mães sentiam identificaram a condição contextual *sentindo solidão e saudade de casa*. As mães enfatizaram a saudade dos familiares, principalmente do marido e de seus outros filhos: “*Passar longe do meu marido, da minha casa, da minha filhinha também. Tenho saudade dela*” (Patrícia).

Vale ressaltar que as regras hospitalares em relação à volta para casa dependiam da instituição hospitalar na qual estavam internados os recém-nascidos. Na primeira instituição onde foram realizadas as primeiras entrevistas, verificou-se uma prática de evitar a permissão da alta hospitalar para mães, com o propósito de assegurar que os bebês de risco não fossem abandonados. No segundo hospital as mães podiam ficar em um espaço reservado para elas, mas era permitida a saída, caso desejassem. A política da terceira instituição também era mais flexível e alguns leitos também eram disponibilizados às mães, caso desejassem ficar no hospital.

Através dos relatos das mães e das observações ao longo da coleta de dados, pôde-se perceber que algumas regras hospitalares visavam garantir que os bebês não fossem abandonados após a alta das mães, conforme já indicado anteriormente. Holanda (2004) relata que nos primórdios da Neonatologia as

famílias eram mantidas distantes dos bebês prematuros e que, apesar das vitórias adquiridas com o aumento da sobrevivência dos neonatos, esses eram abandonados por suas famílias. Foi a partir da constatação desse abandono dos bebês que se iniciou um processo de revisão dos procedimentos adotados nas UTINs, por meio de políticas públicas que possibilitassem o contato precoce entre pais/ mães e seus recém-nascidos prematuros. Tal preocupação se reflete nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde das UTINs e dos setores de obstetrícias, responsáveis pela alta materna. Tenta-se assim, evitar que os casais, principalmente as mães (já que a equipe as percebe como principais responsáveis pelos bebês), abandonem seus bebês. Entretanto não são oferecidos os suportes necessários para facilitar a experiência da maternidade e da paternidade prematura. É nesse contexto que pais e mães, separados um do outro, vão criando e identificando formas de poderem exercer a parentalidade com as características específicas da prematuridade.

b) Sentindo solidão e saudade da esposa

Os pais destacaram a solidão que sentiam por estarem separados de suas esposas. Dificuldades para dormir, para visitar a mulher e o bebê em função do trabalho ou mesmo pela dificuldade de transporte, tristeza por ficar em casa sozinhos (uma vez que se adquiriu o costume de morar com a companheira), foram conteúdos recorrentes nas falas dos entrevistados: *“Primeiramente Deus, né? Eu vou para o meu trabalho, pensando direito, não tem como esquecer, né? Venho para cá. Só é mais ruim na hora de dormir. Sozinho, né? Fico chorando muito, pensando nela”* (Otávio); *“É difícil, viu? A pessoa fica em casa pensando*

*nele. Não pode estar sem ele, toda hora, todo instante, que eu moro distante, né? Nem sempre tem dinheiro para vir e para voltar porque a dificuldade é grande. Por causa disso, eu acho difícil por causa disso” (Kauã); “Porque é eu sozinho para fazer as coisas. Tem 5 meninos, eu e ela. **E como você está se organizando?** É... comecei a trabalhar faz... vai fazer 3 meses. Ai eu to me organizando agora, sabe? Ai tem uma menina lá que fica... mas não fica por todo tempo, sabe? Semana que vem eu vou começar a trabalhar, aí...(.) Eu to me sentindo sozinho, né? Tô com os meninos. Os meninos precisa muito dela” (Cássio).; “Ficar sozinho, cuidar da casa, cuidar do emprego. Essa é a primeira é a única dificuldade” (Ivo).*

Condição Contextual II: Sentindo dificuldade para conciliar trabalho, afazeres domésticos e visitas

Apesar dos pais estarem tristes com a situação de seus bebês, outras aspectos difíceis da experiência se concentravam fora do ambiente hospitalar da UTIN, como cuidar de outros filhos e animais, além de continuar suas visitas ao hospital. Em sua pesquisa com pais de bebês prematuros. Os dados coletados no transcorrer das entrevistas dos casais sugerem que a divisão de papéis no ambiente doméstico se regulava pelos modelos tradicionais, que designa à mulher a responsabilidade pelos afazeres domésticos. Pohlman (2005) destaca várias dificuldades relatadas nas entrevistas dos pais, tais como ter que conciliar as visitas ao hospital e o trabalho. Presume-se então que uma grande dificuldade dos pais era ter que lidar sozinhos com dois espaços ao mesmo tempo, o hospital e a casa. Dessa forma, presume-se que os homens não tinham o hábito de realizar tarefas domésticas, como se responsabilizar pela rotina dos filhos. Uma vez tendo

que assumir tal responsabilidade diante da ausência da companheira, o período tornava-se extremamente penoso para eles.

Segue abaixo o quadro apresentando as condições contextuais do Terceiro Fenômeno:

Quadro 12: Condições contextuais do fenômeno: Aprendendo a ser pai e mãe “prematureos”.

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|--|---|--------------------------------------|--|
| Aprendendo a ser pai e mãe “prematureos” | Sentindo solidão e saudade | Sentindo solidão e saudade de casa | Sentindo saudades dos filhos Sentindo saudade de casa Sentindo saudade do marido Sentindo saudade da família Sentindo solidão no hospital |
| | | Sentindo solidão e saudade da esposa | Chorando de saudade da esposa Sem conseguir dormir sozinho Pensando o tempo todo na esposa e no bebê |
| | Sentindo dificuldade para conciliar trabalho, afazeres domésticos e visitas | | Tendo dificuldade para cuidar de casa e trabalhar Tendo dificuldade para cuidar dos outros filhos e trabalhar Sofrendo por não poder visitar sempre por dificuldades financeiras |

3. 3. 3. Condições Intervenientes

As representações sociais sobre maternidade e paternidade estiveram presentes nos relatos dos participantes durante as entrevistas. Embora não se tenha perguntado diretamente sobre o significado de pai e de mãe, pôde-se identificar elementos representacionais acerca da maternidade e da paternidade, assim como suas correspondentes práticas parentais. Acredita-se que tais representações também guiaram as diversas práticas dos casais durante o período de internação, como as estratégias de enfrentamento.

Condição Interveniente I: Representações sociais da paternidade e da maternidade para os pais

A paternidade foi significada pelos pais principalmente pelo provimento financeiro do lar e pela responsabilidade. Ficou claro que a responsabilidade estava associada à questão financeira, uma vez que ao falarem sobre suas próprias responsabilidades, também faziam referência à necessidade do trabalho: *“A pessoa prá ser pai... a pessoa tem que ter uma boa cabeça, tem que ter um bom trabalho, principalmente, e tem que ter responsabilidade e muita” (Lúcio).*

O trabalho demonstrou ser uma forma masculina de cuidar, não indicando a ausência de afeto, mas um reflexo de práticas parentais delimitadas pelo gênero: *“Não é machismo, porque eu penso assim, se não tá faltando nada em casa, então não precisa trabalhar, entendeu? No caso dela, entendeu? Se eu tô podendo fazer minha parte, então fica em casa. Não é machismo, veja bem, não é. Porque sou acostumado a chegar em casa, tá menino limpo, a casa limpa, comida pronta...tá minha zorbinha lá, meu pente tá no banheiro já esperando. Eu sou acostumado assim. Não é machismo. Ela tem que cuidar da gente e eu cuidar deles”(Henrique).*

O sentido atribuído ao machismo por este pai merece uma breve reflexão. O machismo parece ser compreendido, neste caso, como expressão de uma opressão explícita, como os maus-tratos, por exemplo. Privar a mulher de trabalhar, não seria machismo, mas a reivindicação de um cuidado devido pela companheira, já que ele sente que está fazendo sua parte todos os dias ao sair de casa para trabalhar. Seria uma troca esperada na relação de cuidado entre o

casal. Em pesquisa sob as representações sociais de homens e mulheres ideais com sujeitos adultos do sexo feminino e masculino, Trindade, Nascimento e Gianórdoli-Nascimento (2006) identificaram os seguintes pré-requisitos para a mulher ideal, segundo homens com nível de escolaridade fundamental: ajudar o marido; amar o marido; ser boa dona-de-casa; ser responsável com a família e não ser ciumenta. A partir dos resultados percebe-se a permanência da tradicional associação esposa/mãe ainda nos dias atuais, o que explica a fala do pai acima reproduzida sobre as expectativas em torno do papel de sua companheira.

Retomando a discussão sobre significados da paternidade, o afeto também foi identificado como um elemento definidor da paternidade, ao falarem sobre a necessidade de *amor* e *carinho* com os filhos: *“Apesar de que é um amor que a maioria das pessoas dizem assim: ‘o amor de mãe é maior porque ela foi capaz de dar à luz’. Mas o verdadeiro pai ama da mesma forma que uma mãe que deu à luz. Em muitos casos, às vezes, o próprio pai ama mais que a mãe que deu à luz”* (Tiago).

Os significados de paternidade aqui encontrados parecem apontar a incorporação de novos elementos à representação tradicional de paternidade. O trabalho ainda continua a ser referência para a paternidade, mas a possibilidade de maior expressão do afeto pelo filho indica que tal modelo, para esse grupo, encontra-se em processo de transformação. A comparação, por exemplo, que os pais fazem do amor paterno em relação ao amor materno, indica uma contestação do amor materno como amor maior, negando a incondicionalidade do mesmo.

A dimensão amorosa como uma atribuição paterna também foi identificada por Orlandi (2006) em pesquisa que procurou desvendar quais sentidos e práticas pais adolescentes atribuíam à paternidade. Resende e Alonso (1995) ao entrevistarem pais usuários de uma unidade básica de saúde também perceberam a forte conotação afetiva nos relatos dos pais quando falavam sobre os cuidados com os seus filhos pequenos. De forma semelhante, Glat e Duque (2003) puderam constatar o carinho e apego dos pais ao falarem de seus filhos com necessidades especiais. Evidencia-se que estudos têm indicado maior expressão do afeto por parte dos pais, o que parece estar vinculado às novas expressões de masculinidades. Segundo Siqueira (1999) “a constituição de novas masculinidades acompanha as novas paternidades, uma vez que o que está em des-construção é o modelo tradicional de gênero, ou seja, de ser homem e mulher” (p.194).

Proporcionar *educação formal e moral* também foi salientado como requisito para a paternidade. Evitar que o filho siga o mau caminho foi a preocupação mais mencionada por eles: *“Não esquecer de dar educação, que é fundamental. Ensinar a ele o certo e o errado. Porque se ele entrar no caminho errado, a escolha é dele, mas não vai dizer que foi os pais que ensinou. Isso eu vou ensinar, o que meu pai me ensinou. Porque como eu fui instruído, eu quero instruir da mesma forma. Espero que seja como eu, um homem trabalhador. Um pai de família como eu”* (Joel).

Destaca-se em algumas falas a necessidade de ser um bom exemplo para os filhos. A preocupação com a educação, nos sentidos formal e moral, ou o caráter didático do exercício da paternidade, como destaca Orlandi (2006)

representam um outro significado da paternidade. Com base em pesquisa realizada com homens de países da América Latina sobre os significados acerca do exercício da paternidade, Fuller (2000) afirma que o pai além de ser significado como protetor e provedor, é visto como formador e educador de seus filhos.

As dificuldades em relação à paternidade se concentraram em torno de duas atribuições importantes para o pai: *difficuldade financeira* e da *difficuldade para educar*. Em relação à educação, a preocupação aconteceu devido à violência urbana e às poucas condições financeiras: “*Meu medo é esse. Se eu tenho um medo, é esse. É o único medo da minha vida. De um dia não poder dar sustento para os meus filhos. Meu maior medo*” (Joel); “*Puxar pro lado bom, pro lado mau eu não gosto não. Como assim pro lado mau? Dá pra ladrão, essas coisas assim, fumar maconha, esses negócios. Sou contra isso*” (Cássio).

Diante disso, vislumbra-se que a manutenção financeira do lar e a educação, ao mesmo tempo em que foram consideradas pré-requisitos para a paternidade, também foram indicadas como as principais dificuldades paternas. Talvez por isso, o exercício da paternidade seja considerado uma tarefa difícil, que necessita a ajuda da companheira: “*Ser pai numa posição não é tanto, mas quem quer ser pai pra assumir... é muito pesado. Se o caba não tiver cuidado...aí vai..Vamos supor, a pessoa que..você arruma uma companheira que dá prazer, não é coisa difícil, pra mim não. Mas vejo pessoas que não luta pela vida enquanto tá solteiro, nada. Aí quando chega ao ponto de ser pai, arruma uma qualquer, chega o ponto de ser pai, aí fica naquele..naquele...aí fica a*

peessoa...com dificuldade, né? Se encontra com nada na vida, condição financeira não tem. Aí...quer é...todo homem precisa de uma mulher, né?” (Nivaldo).

Exercer a paternidade pode ser percebido como uma tarefa “pesada” uma vez que o homem se vê diante de grande responsabilidade perante à família. Souza (1997) destaca que “ter que trabalhar é encarado como obrigação e o pai não se permite falhar”(p.61). Portanto, para que o pai possa desempenhar bem o seu papel, ele recorre à ajuda da companheira na manutenção da ordem do lar, o que implica os cuidados com os filhos.

Entre as principais práticas relacionadas à paternidade foram destacadas: *trabalhar* para prover a família, *educar* os filhos (sendo um bom exemplo e colocando-os em um bom caminho), *divertir-se* com os filhos, *dedicar-se* aos filhos, *dialogar* com os filhos. Novamente o trabalho, educação e afeto têm destaque nos relatos dos pais. Todas essas práticas são mediadas por um valor moral (religioso ou não) representadas pelo senso de responsabilidade, uma vez que são “pais de família”. A ênfase nos valores morais pode ser explicada levando-se em consideração, como afirma Siqueira (1999) que “o pai esteve sempre associado, na sociedade ocidental judaico-cristã, às noções de autoridade, honra e respeito” (p.189). Com isso, torna-se evidente a coexistência de significados “tradicionais” e “modernos” no discurso sobre o exercício da paternidade.

O reconhecimento da pouca participação na criação dos filhos devido à necessidade de trabalharem também foi ressaltado pelos pais: *“É porque a criança se apega mais à mãe do que o pai. Eu acho assim. Porque a mãe convive a*

semana inteira. O pai que é preocupado para arrumar alguma coisa pra dentro de casa. Só chego aqui de dia ou outro dia. No domingo já venho embora pra cá. Então a gente se preocupa com isso. De não faltar o pão de cada dia porque se a pessoa: não vou não, não vou não. Aí a firma diz, ah, ele não quer trabalhar. Bota pra fora. Minha preocupação de meu trabalho é isso” (Nivaldo); “Com educação é difícil, porque o trabalho deixa a gente distante dos filhos. Pra sobreviver, pra poder dar uma condição financeira razoável ao filho, você tem que se dedicar ao trabalho e às vezes mal vê o filho dormir e quando se acorda...fica uma pessoa distante. O tempo fica muito curto pra você educar. A humanidade está muito perversa, o mundo tá muito...está sendo muito difícil. A parte mais difícil do pai acho que é a educação” (Roberto).

Os pais percebiam que o trabalho, ao mesmo tempo que representava um cuidado, uma possibilidade de dar melhores condições ao filho, terminava por distanciá-los fisicamente, sobrando menos tempo para estar com eles. Diante disso, evidencia-se a necessidade de ponderar as considerações acerca da suposta falta de interesse paterno em assuntos familiares (Silveira, 1998).

Vários fatores podem contribuir para a ausência dos homens na vida dos filhos. Primeiramente pode não se tratar da falta de interesse paterno, mas de um afastamento devido à necessidade de trabalharem. Segundo, os homens também se apropriaram da idéia culturalmente naturalizada de que as mulheres desempenham melhor as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos sendo, assim, as mais indicadas para tal. Além disso, como destacam várias pesquisas (Maridaki-Kassotaki, 2000; Bustamante & Trad, 2005, Toneli, Beiras, Lodetti,

Lucca, Gomes e Araújo, 2006; Siqueira et al, 2002, Siqueira, 1999, Resende e Alonso, 1995) os homens ainda se sentem ou são considerados coadjuvantes no que se refere aos cuidados com os filhos.

Ainda sobre as praticas parentais, a diversão com os filhos foi bastante citada pelos entrevistados: *“Pegar o menino, deitar o menino, sair com ele, ir para o campo de futebol que eu gosto muito, sempre levo o meu. É... levar ele pra brincar nas praças. Sempre faço isso” (Cássio).*

Atividades paternas relacionadas ao lazer e brincadeiras também foram as principais atividades relatadas por pais adolescentes em pesquisa realizada por Trindade e Menandro (2002) acerca dos significados da paternidade. Lamb e Tamis-Lemonda (2004) afirmam que estudos desenvolvidos nos países Anglo-Saxões têm mostrado que os pais geralmente se especializam em brincadeiras enquanto as mães adquirem habilidades em tomar conta e alimentar os filhos. Contudo, os autores também defendem que os pais gastam uma pequena proporção do seu tempo em brincadeiras e que as mães gastam mais tempo com as crianças e brincam com elas mais que os pais. De qualquer forma, as brincadeiras proeminentes na interação pai-criança propiciam a aproximação dos pais com suas crianças.

Dedicar-se ao filho também foi considerado como uma prática da paternidade revestida de afeto: *“Ele fica mais... tipo choco. Vira um pai. Ele sabe que aquilo ali tem que dar amor, carinho. se dedicar”(Ulisses).*

Ao falarem sobre maternidade, os pais se referiram, por exemplo, à dedicação maior das mães; à companhia materna constante, à paciência materna,

ao maior cuidado das mães com os filhos, uma vez que precisavam trabalhar: *“Às vezes só quem trabalha é o pai, a mãe fica mais apegada aos filhos. Porque quando eu to trabalhando ela tá em casa cuidando dele, essas coisas toda. E sempre a mulher fica, se apegando mais um pouco. Já devido, porque ela fica mais com ele, quer dizer, quando a mãe não trabalha, né? Aí...mas não é difícil não”*(Gabriel); *“Existe. Muita diferença. A mãe se dedica mais, ela se esforça mais, ela sofre mais. Ela...tem muita paciência, enfim...a mulher ela é um ser...é uma dádiva de Deus a mulher, tá entendendo? Ela tem um dom ali, que Deus deu a ela, que nenhum homem vai chegar não, a ter esse dom não. Então ela tem diferença demais. De um a um milhão tem diferença”* (Manoel).

Brown e Barker (2003) afirmam que alguns papéis masculinos têm resistido, uma vez que a paternidade ainda está circunscrita aos papéis de provedor, protetor e disciplinador. Para os autores, apesar das grandes variações nas tradições culturais que definem os papéis masculinos nas famílias, existem duas tendências que parecem ser universais em relação à paternidade: a maioria dos homens deseja ser bom pai e cuidar de seus filhos e; espera-se que os pais sejam provedores de seus filhos e também os protejam.

Tais colocações se confirmaram no presente estudo por meio das falas dos pais. O pai ainda é considerado o principal responsável pelo sustento da família, sendo o trabalho condição essencial para a execução de seu papel. No entanto, além dos significados tradicionais, as falas paternas sobre o exercício da paternidade traduziram o afeto que sentiam pelos filhos, desmistificando a crença de que os pais não se preocupam e são insensíveis com seus filhos.

Condição Interveniente II: Representações sociais da maternidade e da paternidade para as mães

Para as mães, a maternidade se definia sobretudo pelo *amor* e pela *responsabilidade*: *“Acima de tudo eu acho que a partir do momento que você é mãe, pelo menos eu, eu só sinto amor” (Manuela); “Não é fácil não. É muita responsabilidade. É muita responsabilidade mesmo. Você vai ser mãe, é permanente. Desde bebê até ele ficar grande. A palavra mãe para mim...É muito importante” (Bianca).*

A responsabilidade com os filhos também foi identificada, assim como nas entrevistas dos pais. Entretanto, diferentemente daqueles, a responsabilidade de que as mães falam está associada aos cuidados básicos e ao afeto (como amor sem igual).

O afeto encontrava-se associado à *paciência*, e às práticas de *educação*, e *diálogo*: *“Precisa de paciência, carinho, carinho pra dar. Principalmente paciência” (Bianca); “Tem que dar muito carinho, tem que conversar muito, tem que ser mãe e ser amiga, né? E conversar. Dar muito amor e carinho” (Alice).*

O *sacrifício* também foi um elemento definidor da maternidade: *“Eu acho que é tudo. Uma dedicação que você puder frente a ela. Eu deixei de viver para mim, pra ele, eu me desliguei totalmente. Eu vou me dedicar a ela totalmente, porque ela vai precisar. É a única pessoa que precisa de mim. Eu acho que mãe é isso. Eu não tive o amor da minha, eu vou passar tudo isso para ela” (Fernanda).*

Embora outras mães não tenham se referido diretamente ao sacrifício como elemento definidor da maternidade, quando elas falavam de suas experiências na

instituição hospitalar, estavam indicando, mesmo que implicitamente, o sacrifício imposto pela maternidade prematura.

As dificuldades apontadas pelas mães diziam respeito à *responsabilidade constante, a ver o filho doente e à falta de experiência*: *“Porque tudo tem que contar logo com a gente, nunca com o pai, primeiro é com a gente, primeiro é a mãe. Se o menino é assim é por causa da mãe, se o menino adoece é por causa da mãe, nunca é o pai. Porque o pai convive com a criança, mas não o tempo todo, porque ele trabalha, quem passa mais tempo é a mãe. Quem tem que tomar conta da educação completa é a mãe. De tudo quem faz é a mãe”* (Izabel). **Quais são as dificuldades que uma mãe enfrenta?** *“Enfrenta...Assim, quando aperreia, adoece, hospital, perde noite de sono. Adoece, né...Tem que tá correndo, banho morno”* (Úrsula).

As dificuldades apontadas pelas entrevistadas refletem as dificuldades sentidas durante a experiência de hospitalização do filho prematuro. Parece que, da mesma forma que o pai sente maior responsabilidade em ter que prover a família com o nascimento do filho prematuro, a mãe parece sentir uma maior responsabilidade por ter que cuidar de um bebê prematuro, mesmo sem se sentir apta para tal.

As práticas maternas se concentraram nos cuidados com os filhos, em estar sempre ao lado dele, transmitindo amor e carinho, mesmo que isto implique sacrifícios. Santos, Novelino e Nascimento (2001) afirmam que “o exercício da função materna está, assim, vinculado ao cumprimento de certos esquemas

comportamentais e sentimentais que dão corpo a um modelo idealizado de mãe cuja essência estruturante é a abnegação” (p.282).

A ênfase atribuída ao sacrifício parece estar relacionada aos significados que constituem as representações de paternidade das mães, ao destacarem que os pais não se preocupam ou não se dedicam tanto quanto elas: *“A mãe se preocupa mais com o filho, né? Ela quem vai tá mais perto do filho, vai ver ele se desenvolvendo mais, né? Crescendo. O pai tá mais ausente, trabalha, tem compromisso demais lá fora” (Gabriela).*

Observa-se que as mães alegam que os pais não são suficientemente carinhosos e não têm tanta responsabilidade como elas, seja porque eles trabalham, porque não têm paciência ou porque os filhos são mais ligados à mãe: *“Eu acho que os pais assim, eles não vão ter tanta responsabilidade como a gente. Porque também a maioria dos pais, eles trabalham né? Passa a maioria do tempo fora trabalhando. Chegar em casa vai estar tudo pronto. Não é? Acho que não” (Karla); “É...porque mãe é mais apegada com o filho, né? E o pai é e não é. Tanto faz ficar em casa como sair, os filhos são mais ligados na mãe” (Lúcia).*

Os afazeres domésticos, que incluem os cuidados com os filhos, não são considerados como trabalho pelos participantes, pois o significado de trabalho está estritamente vinculado à remuneração financeira. Assim, os afazeres domésticos sequer são considerados como um trabalho feminino e por isso não são concebidos como empecilho para uma ligação mais íntima com o filho. O “trabalho masculino”, exercido fora do espaço doméstico, é visto como obstáculo

para o vínculo entre pai-filho. O fato de estar presente fisicamente parece originar naturalmente a crença em uma ligação afetiva mais forte com o filho.

O aspecto biológico da maternidade, que propicia inicialmente uma relação mais estreita do bebê com a mãe, parece determinar que esta é a principal ou a única responsável pelo seu filho, reforçando o ideal de amor materno e justificando todos os comportamentos que exigem sacrifícios e abnegação. Moura e Araújo (2004) alertam que, apesar de durante muito tempo os cuidados com os filhos terem sido considerados como próprios da mulher, dada a sua natureza, “a função biológica da maternidade deve ser, a princípio, distinta daquilo que se convencionou denominar cuidados maternos ou práticas de maternagem” (p. 45).

A frequência de evocação do elemento responsabilidade pelas mães evidencia o “ajustamento prático do sujeito ao seu meio”, utilizando as palavras de Jodelet (2001, p. 28). Diante de certas situações vivenciadas, alguns elementos representacionais são salientados, como o caso da responsabilidade materna em relação à representação social de maternidade, e o distanciamento e despreocupação paterna, no caso da representação social da paternidade. A saliência de tais elementos indica que a experiência, ou seja, o que estava sendo sentido e vivenciado pelas mães reforçava os modelos culturais de paternidade já incorporados e se refletia nas representações de maternidade e paternidade.

Constata-se que, apesar das transformações que ocorreram nas relações de gênero, principalmente nos últimos anos, a maternidade moderna ainda se respalda principalmente no ideal de boa mãe e de amor materno incondicional que surgiram com as transformações familiares a partir do século XVIII. Ter em tais

elementos os principais definidores da maternidade pode ocasionar sofrimento para muitas mães, inclusive para as mães “prematuras”, uma vez que a realidade lhes provoca frustração ao demonstrar a inatingibilidade da mãe ideal e o caráter condicional do amor materno, que não é natural, mas construído através das interações.

Ao relatarem sobre dificuldades sentidas, foi dado destaque maior a ver o filho doente, o que é compreensível, já que estavam passando por um período de hospitalização de seus filhos: *“É difícil a gente ter um pedaço da gente, ver no hospital assim...internado sem...esperando ele reagir e reagindo aos poucos...é difícil por isso” (Hilma).*

Entretanto, as dificuldades não se restringiram ao contexto hospitalar, assim como também foi percebido no discurso dos pais. A responsabilidade permanente e a dificuldade para se entender com o filho quando este crescesse, também foram destacadas pelas mães: *“Acho que a parte mais difícil para a mãe é quando o filho cresce, porque tem muito filho que não dá valor a mãe. Eu acho que...e a parte mais ruim” (Olga).*

É evidente nos relatos dos entrevistados a alusão ao futuro quando estes falam das dificuldades em torno do exercício da maternidade e da paternidade. Não obstante, algumas diferenças foram percebidas. Enquanto as falas das mães remetem às dificuldades específicas vinculadas ao exercício da maternidade, algumas falas dos pais remetem também ao contexto social, quando esses se referem ao medo da violência, por exemplo:

“Rapaz, eu me preocupo porque hoje em dia a violência tá demais, né? Que ele não se envolva com gente errada. Porque lá onde eu moro existe muito essas pessoas. Minha preocupação é mais isso porque daqui pro futuro ninguém sabe” (Kauã).

Pode-se afirmar que as formas de compreender, de agir e os receios acerca do exercício da parentalidade mostram-se articuladas com as representações de maternidade e paternidade fundamentadas em relações de gênero definidas pela assimetria.

As condições contextuais do Terceiro Fenômeno estão apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 13: Condições contextuais do fenômeno: Aprendendo a ser pai e mãe “prematuramente”.

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|---|---|--|---|
| Aprendendo a ser pai e mãe “prematuramente” | Representações sociais de paternidade e de maternidade para os pais | Elementos representacionais da paternidade | Provimento financeiro Responsabilidade Carinho e amor |
| | | Dificuldades da paternidade | Manter a família Educar os filhos devido à violência urbana Educar os filhos com poucas condições financeiras |
| | | Práticas da paternidade | Trabalhar para prover Proporcionar educação formal e moral Divertir-se com os filhos Sair com os filhos Dedicar-se aos filhos Dar carinho e amor Não bater nos filhos Dialogar com os filhos Proteger os filhos |
| | | Elementos representacionais da maternidade | Mãe é mais apegada Mãe se dedica mais Mãe está presente constantemente Mãe tem muita paciência Mãe sofre mais Mãe tem instinto materno Mãe é responsável pelos cuidados com os filhos |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | Representações sociais de maternidade e de paternidade para as mães | Elementos representacionais da maternidade | Amor Responsabilidade Paciência Sacrifício |
| | | Dificuldades da maternidade | Responsabilidade constante Ver o filho doente Não ter experiência |
| | | Práticas maternas | Educar Dialogar Dar carinho e amor Estar sempre ao lado |
| | | Elementos representacionais da paternidade | Pais não se dedicam tanto Pais não se preocupam tanto Pai está mais ausente devido ao trabalho É menos apegado É mais nervoso Pai dá alimento Pai sofre menos |

3. 3. 4. Ações e Interações

As famílias de *coping* destacadas neste Terceiro Fenômeno foram: *busca por suporte, reestruturação cognitiva, negociação e esquiva*. Como a negociação e a esquiva apresentaram algumas peculiaridades, neste fenômeno, elas serão discutidas a seguir.

Estratégia de Enfrentamento I: Negociação

A *negociação*, observada neste fenômeno apenas nas entrevistas das mães, consistiu em tentar negociar com a equipe visitas à casa, embora nem sempre tenham tido sucesso: “*Eu falei com meu médico, ele disse que eu tava de alta, só não podia assinar a alta por causa do bebê, né? Mas sendo que eu falei com ele pra semana ele assinar minha alta pra eu ir pra casa ficar vindo todo dia, tá entendendo? Vinha, passava o dia e à tarde, depois da visita, eu ia pra casa. Todo dia assim, porque...ficar aqui...presa, né?*”.(Hilma).

Estratégia de Enfrentamento II: Esquiva

a) Evitação cognitiva

Vários pais e mães afirmaram que não pensavam sobre futuro do recém-nascido: “*Não. Por que eu vendo ela assim, não tá entrando não dá tempo de pensar nada*” (*Ulisses*).

Em estudo realizado por Thomaz et al (2005) mães de bebês prematuros diziam não terem pensado sobre o futuro de seus bebês. Para os autores, a incerteza quanto à sobrevivência do recém-nascido impede que as mães considerem futuros relacionamentos com seus filhos. Contudo, não se pode generalizar tal conclusão. Algumas mães da presente pesquisa conseguiam falar sobre suas expectativas sobre um futuro com os seus recém-nascidos, embora ainda temessem sua morte. Diante do sofrimento atual com a hospitalização e a incerteza quanto à sobrevivência, evitar pensar em possíveis seqüelas ou problemas futuros seria tornar o período menos doloroso para os casais.

Além das estratégias de *esquiva* que diziam respeito ao futuro, as estratégias do Terceiro Fenômeno foram adotadas com o objetivo de lidar melhor com o sentimento de confinamento hospitalar e da saudade de casa, relatados pelas mães, e os sentimentos de saudade da esposa e pesar de terem que trabalhar e cuidar de casa, no caso dos pais.

O quadro 14 apresenta apenas as famílias de *coping* que se diferenciaram das estratégias do Segundo Fenômeno.

Quadro 14: Ações e Interações do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados”

| Fenômeno | Categorias | Subcategorias | Códigos |
|---|------------|--------------------|--|
| Aprendendo a ser pai e mãe “prematurados” | Esquiva | Evitação cognitiva | Evitando pensar no futuro do recém-nascido |
| | Negociação | | Tentando ter permissão da equipe para ir em casa |

3. 3. 5. Consequências

Consequência I: Esperança na concretização da família

Ter esperança na recuperação do recém-nascido significava, para vários participantes, ter esperança na concretização da família: *“Tem uma alegria, porque se tudo corre bem, porque tem uma fase que a gente passar e quando essa fase termina aí vem a alegria da criança em casa, nasceu uma nova vida, porque a nova vida começa quando a gente se casa e a segunda vida melhor quando nasce a criança. Porque ali é o amor de três, a gente está vendo a própria esperança” (Tiago).*

A visualização de um futuro alegre, longe do hospital e das ameaças implicadas neste contexto, parecia fortalecer alguns participantes e dar ânimo para que eles pudessem prosseguir na luta pela recuperação do filho. Esta categoria se caracteriza como uma estratégia de enfrentamento – reestruturação cognitiva - que foi fortalecida por outras reestruturações cognitivas destacadas nas condições causais deste Terceiro Fenômeno.

Consequência II: Preocupação com a educação em um contexto urbano ameaçador

A preocupação em ensinar “o caminho certo” para os filhos foi observada nas entrevistas por mães e pais: *“Eu faço de tudo para ele viver a vida dele,*

trabalhar, estudar, sabe? Puxar pro lado bom, pro lado mau eu não gosto não. ...Dá pra ladrão, essas coisas assim, fumar maconha, esses negócios. Sou contra isso” (Cássio); “Sempre procurar dar o melhor, né? Melhor escola, ensinar a ele um caminho. Porque criança, né? às vezes o pai já dá tudo pra criança, mas a criança quando cresce, né? Vai para o caminho perdido” (Gabriela).

A preocupação com o contexto urbano em que vivem, onde a criminalidade e a violência se fazem presentes cotidianamente está diretamente referida nos relatos dos participantes. Esta preocupação também indica que alguns entrevistados conseguem visualizar um futuro para os filhos, deslocando-se, mesmo que momentaneamente, do contexto hospitalar no qual estão inseridos.

Consequência III: Percebendo maior união conjugal com a experiência

Ao falarem sobre as consequências da experiência vivida para o relacionamento conjugal, a maioria dos entrevistados alegou que uniu mais o casal, apesar da distância física. Pais e mães reconheceram que o casamento estava mais fortalecido: *“Não tá prejudicando, eu acho que talvez esteja até melhorando, porque tá dando muita saudade né, e vontade de ver ela todos os dias” (Pedro).*

Para alguns casais a distância física propiciou maior união, já que acarretava saudade do parceiro(a). Além disso, algumas mães afirmaram que seus companheiros estavam mais carinhosos, e por isso, percebiam que estavam mais unidos.

A união do casal e aumento da compreensão familiar também foi constatada pelo estudo com pais e mães “prematureos” realizado por Baldini

(2001). No que diz respeito aos resultados da presente pesquisa, é importante salientar que nem todos os casais percebem maior união diante do nascimento de um filho prematuro.

Consequência IV: Percebendo que experiência dificultou a união conjugal

Alguns participantes alegaram que a experiência estava dificultando o casamento pela tristeza inerente à situação; pelo fato de haver uma dedicação maior da mãe ao recém-nascido e, principalmente, pela distância física: *“Porque eu era muito por ele e ele está acostumado com isso. De eu cortar a unha dele, limpar o umbigo dele. Tudo por ele. Fazer tudo por ele e hoje em dia eu tenho certeza que eu não vou conseguir mais fazer isso. Porque eu vou cuidar da minha filha, lógico, minha filha em primeiro lugar, mas eu também tenho que dividir, saber dividir. E eu acho que eu não vou saber dividir porque eu só penso nela. Não ligo para ele, eu fico com raiva por saber que ele está se divertindo”* (Fernanda).

Estar longe do marido, sem saber exatamente onde e o quê ele estava fazendo gerava insegurança e ciúme para algumas mães. Além disso, a distância física originava a distância emocional: *“Em certo ponto acho que sim. Acho que afasta mais um pouco. Sei lá. Porque quando tá junto, a gente se apega mais, né? Quando tá meio distante assim, dá uma pausa”* (Lúcia).

A experiência da parentalidade “prematura” pode tanto trazer consequências positivas na união conjugal, como prejuízos. Durante a coleta de dados, percebeu-se a insatisfação de algumas mães com seus companheiros

devido à ausência destes no hospital. Em contrapartida, mesmo diante da ausência dos maridos, outras mães faziam elogios aos seus companheiros.

Infelizmente o presente estudo não pôde abranger as variadas dinâmicas conjugais e seus reflexos no enfrentamento da situação de prematuridade do bebê. Contudo, por meio das entrevistas foi possível vislumbrar que o enfrentamento da situação parece ser facilitado quando os cônjuges se apoiam mutuamente, mesmo considerando a distância física e as várias dificuldades da situação.

O quadro 15 apresenta as categorias referentes às conseqüências do processo de aprendizagem do fenômeno “Aprendendo a ser pai e mãe prematuros”.

Quadro 15: Conseqüências do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematuros”

| Fenômeno | Categorias | Códigos |
|---|--|---|
| Aprendendo a ser pai e mãe “prematuros” | Esperança na concretização da família | Esperança na recuperação do recém-nascido Esperando para ser mãe Esperando começar uma vida nova após a alta |
| | Preocupação com a educação em um contexto urbano ameaçador | Tendo medo que o filho siga o caminho errado Pretendendo ensinar o certo e o errado |
| | Percebendo maior união conjugal com a experiência | Percebendo que a experiência uniu o casal Percebendo que experiência aproximou o casal Percebendo que o casamento está mais forte |
| | Percebendo que a experiência dificultou a união conjugal | Percebendo distância emocional decorrente da distância física Percebendo distância emocional decorrente da tristeza Percebendo afastamento emocional pela dedicação exclusiva ao bebê |

A identificação dos fenômenos permitiu construir uma teorização sobre a experiência da parentalidade prematura no contexto hospitalar. Eles sugerem etapas que os casais vivenciaram ao longo do período de internação de seus recém-nascidos.

Foram identificados os processos que ocorreram no início da hospitalização dos bebês, os quais explicitaram a maneira como os casais vivenciaram a novidade da internação do recém-nascido e do contexto da UTIN, questões centrais neste fenômeno. Segue abaixo o quadro que apresenta as categorias de acordo as condições e dimensões do Primeiro Fenômeno:

Quadro 16 : Condições e propriedades do fenômeno Entrando em contato com uma situação de alto-risco

| Fenômeno | Condições e propriedades do fenômeno | Categorias |
|--|--------------------------------------|--|
| Entrando em contato com uma situação de alto-risco | Causal | Recebendo a confirmação da internação na UTIN |
| | Contextuais | Percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe Não percebendo acolhimento e/ou orientação da equipe Deparando-se com uma realidade incerta |
| | Intervenientes | Reagindo à confirmação da internação do recém-nascido na UTIN Tendo consciência da gravidade Temendo a visão de um bebê à beira da morte Deparando-se com o bebê real Enfatizando a importância do primeiro filho Tendo dificuldade para compreender o diagnóstico Compreendendo o diagnóstico |
| | Ações e Interações | Reestruturação Cognitiva Busca por suporte Busca por informações Delegação |
| | Consequências | Frustração Sentimento de Culpa Ansiedade Temendo internação prolongada |

Outros processos se referiram ao dia-a-dia dos pais e mães na UTIN, uma vez minimizado o choque e a surpresa da notícia de internação do recém-nascido.

A hospitalização do recém-nascido foi o tema central no processo de lidar diariamente com a dor de ter um bebê prematuro hospitalizado.

Apresenta-se abaixo o quadro com as categorias de acordo com as condições e propriedades do Segundo Fenômeno aos quais elas se referem.

Quadro 17 : Condições e propriedades do fenômeno Lidando diariamente com a dor

| Fenômeno | Condições e propriedades do fenômeno | Categorias |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| Lidando diariamente com a dor | Causal | Sofrendo com a hospitalização do filho |
| | Contextuais | Sendo impedidos de assumir papel de mãe/pai Percebendo positivamente o atendimento hospitalar Percebendo negativamente o atendimento hospitalar Tentando se adaptar à estrutura e à dinâmica do hospital |
| | Intervenientes | A importância do filho para o casal Percebendo a fragilidade do RNP Tendo rede de apoio limitada Recebendo apoio Temendo a morte do recém-nascido |
| | Ações e Interações | Busca por suporte Distração Reestruturação Cognitiva Resolução de problemas Regulação da emoção Busca por informações Esquiva Delegação Desamparo Afastamento social |
| | Consequências | Preocupação com o futuro Chegando ao limite Vivenciando ansiedade constante |

Também foi possível apreender processos que indicaram uma ressignificação da experiência por parte dos casais. Esses processos sinalizaram que mesmo diante das adversidades da situação, os casais buscavam se adaptar a ela e aprender a exercer seus papéis parentais. Dessa forma, os exercícios da maternidade e da paternidade caracterizam-se como questão central neste

Terceiro Fenômeno. O quadro 18 apresenta as categorias referentes às condições e propriedades do fenômeno Aprendendo a ser mãe e pai prematuros.

Quadro 18: Condições e propriedades do fenômeno Aprendendo a ser pai e mãe “prematuros”

| Fenômeno | Condições e dimensões | Categorias |
|---|-----------------------|--|
| Aprendendo a ser pai e mãe “prematuros” | Causais | Ressignificando a parentalidade |
| | Contextuais | Sentindo solidão e saudade Sentindo dificuldade para conciliar trabalho, afazeres domésticos e visitas |
| | Intervenientes | Representações sociais de paternidade e maternidade para os pais Representações sociais de maternidade e paternidade para as mães |
| | Ações e Interações | Busca por suporte Reestruturação cognitiva Esquiva Negociação |
| | Consequências | Esperança na concretização da família Preocupação com a educação em um contexto urbano ameaçador Percebendo maior união conjugal com a experiência Percebendo que a experiência dificultou a união conjugal |

Os dados permitiram refletir, dentre outras questões, sobre o papel da dimensão afetiva na Teoria das Representações Sociais (TRS) e suas implicações na utilização das estratégias de enfrentamento.

Por muitos anos as pesquisas fundamentadas na Teoria das Representações Sociais vêm priorizando os processos sócio-cognitivos, negligenciando os processos emocionais e afetivos. Para Banchs (1995), esta carência diz respeito não apenas à TRS, mas à Psicologia Social de uma forma geral. Alguns autores, entretanto, têm procurado destacar a importância de investigar as representações sociais levando em consideração seus aspectos emocionais e afetivos (Lane,

1995; Banchs, 1996; Kaës, 2001; Campos & Rouquette, 2003). Contudo, apesar de todos reconhecerem a presença da dimensão emocional e afetiva, poucos estudos têm sido realizados no sentido tornar mais claro o papel das emoções e dos afetos na dinâmica das representações sociais. Para melhor compreender este papel, torna-se necessário definir tais conceitos.

Emoções, de acordo com o que propõe Galano (1995), é uma modalidade individual e possuem uma expressão corporal com base fisiológica inata. Contudo, a “ativação fisiológica generalizada” (p.151) não prova que as emoções são biologicamente determinadas, uma vez que existem, em cada cultura, expressões corporais que são decodificadas como expressões emocionais específicas: “As emoções serão sentimentos mais débeis, pressionados pelos acontecimentos e pelas ansiedades que se acumulam durante o transcorrer da convivência grupal” (p.152). Elas necessitam de um constante esvaziamento ou expressão. Já o afeto diz respeito aos sentimentos associados às histórias das relações. Ele pode determinar as ações, condutas e pensamentos sobre uma determinada pessoa (Galano, 1995). Embora não tenham merecido o devido destaque, tanto as emoções quanto os afetos influenciam a dinâmica das representações sociais.

Geralmente quando se fala sobre a construção seletiva no processo de objetivação, por exemplo, se recorre a normas e valores grupais para explicar a seleção de alguns elementos da representação, desconsiderando a dimensão afetiva. Segundo Vala (2004): “o processo de seleção e reorganização dos elementos relativos a um objeto não é neutro nem aleatório mas tem subjacente normas e valores” (p. 466). Banchs (1996) ao discutir o papel das emoções na

construção das representações sociais alega que as emoções e afetos desempenham um papel importante na seleção de informações e no posicionamento favorável ou desfavorável que o sujeito adota em relação ao objeto em questão.

A experiência dos casais estudados na presente pesquisa também destaca o papel das emoções na dinâmica das representações sociais, desde sua origem (no caso das representações da UTIN) à manutenção ou transformação de elementos representacionais. A UTIN não fazia parte do cotidiano dos casais e, portanto, a maioria não tinha proximidade com este objeto. Uma vez estando diante da situação de prematuridade inesperada e de um contexto desconhecido, era preciso tentar apreender a nova realidade. De acordo com Jodelet (2001) “quando a novidade é incontornável, à ação de evitá-la segue-se um trabalho de ancoragem, com o objetivo de torná-lo familiar e transformá-lo para integrá-lo no universo de pensamento preexistente” (p.35). Assim sendo, no caso da elaboração da representação social de UTIN, constatou-se primeiramente a ancoragem na representação social de UTI e, conseqüentemente, na representação social de morte, já que tais representações estão articuladas. Contudo, com o decorrer da experiência e a partir das informações adquiridas com a equipe, com outras mães e com familiares, outros elementos positivos foram incorporados ou focalizados, permitindo com que os casais pudessem perceber a UTIN de uma forma menos ameaçadora e assim pudessem amenizar o medo da morte. O sentimento de medo pode ter desencadeado a busca por informações

mais “positivas” ou desencadeado o processo de reestruturação cognitiva, que consiste em tentar interpretar a situação de uma forma positiva.

Infelizmente o presente estudo não permitiu averiguar se houve ou não transformação da representação social de UTIN, uma vez que a abordagem estrutural é a única, até o momento, que propõe critérios claros para aferir possíveis transformações. Mesmo assim, torna-se claro que outros elementos foram incorporados, amenizando a ansiedade e medo dos genitores.

Por meio da comunicação estabelecida entre a equipe e os casais, novas informações eram transmitidas permitindo que se recriasse, se reinterpretasse uma dada realidade, gerando também novas emoções e/ou amenizando outras, dependendo de como ocorria esta comunicação.

O processo de comunicação que acontece através da interação é mediado por componentes afetivos que geram, conseqüentemente, uma resposta afetiva por parte dos envolvidos. Esta reação afetiva pode encaminhar o sujeito para a busca de um equilíbrio emocional ou pode fragilizá-lo ainda mais. O conteúdo da fala gera uma resposta emocional como conseqüência da interpretação e avaliação da realidade que os sujeitos fazem baseados em seus conhecimentos construídos e partilhados socialmente. Considerando que todo conhecimento está mediado por uma carga afetiva, Campos e Rouquette (2003) destacam que “as representações são definidas enquanto modalidade de pensamento social, o pensamento social sendo também mediado por uma dimensão afetiva” (p.436). Por outro lado, conforme o que defende Parkinson (1996) a interação interpessoal também evoca emoções. Evidencia-se então a importância da forma de se

comunicar uma informação, uma vez que as emoções surgem não apenas do conteúdo emitido, mas também da percepção que se tem da emoção expressada pelo emissor. Reage-se então ao conteúdo comunicado e à emoção expressada de forma verbal ou não verbal de quem comunica.

Pode-se supor que a elaboração das representações sociais, ou seja, que a construção de um novo saber sobre um determinado objeto social implica conteúdos carregados de afeto do passado, que são resgatados para que se possa compreender o novo objeto ou a nova realidade vivenciada. O processo de ancoragem ocorre então em sua dimensão cognitiva e afetiva, como ficou claro na elaboração da representação social de UTIN, quando os casais, ao tentarem tornar familiar este novo contexto, resgataram elementos da representação social de UTI, em especial, a morte, e conseqüentemente o medo da morte como já mencionado anteriormente.

Também já foi evidenciado anteriormente que as representações sociais em jogo na experiência de ter um filho prematuro dizem respeito a dois eixos; o primeiro relacionado às questões familiares, nas quais a dinâmica das relações de gênero cumpre importante papel (representações de maternidade, de paternidade, de casamento, de filhos) e; o segundo relacionado à morte no contexto hospitalar (representações sociais de UTI e de morte). O conceito de *themata*, como utilizado por Moscovici (2003), possibilita tecer algumas considerações a respeito da origem das representações sociais por meio da identificação das “idéias-primárias”, ou temas. Entretanto, como o próprio autor afirma:

‘Temas’ nunca se revelam com clareza; nem mesmo parte deles é definitivamente atingível, tanto porque eles estão completamente interligados com certa memória coletiva inscrita na linguagem, como também porque são combinações, iguais às representações que eles sustentam, ao mesmo tempo cognitivas (invariantes ancorados no nosso aparato neurosensor e em nossos esquemas de ação), como culturais (universais consensuais de temas objetivados pelas temporalidades e histórias ao longo do espaço de tempo [longue durée])” (p.249).

Duas principais antinomias, utilizando as palavras de Marková (2006), foram identificadas como *themata* no presente estudo. A primeira se refere à oposição entre homem/mulher, e gera temas conceituais como homem=força; mulher=fragilidade, homem=espaço público; mulher=espaço doméstico. A segunda antinomia identificada foi vida/morte, responsável pela criação de temas conceituais como vida=luz; morte=sombra. De acordo com Moscovici (2003) esses temas conceituais operam como núcleos semânticos que organizam noções, classes de argumentação como “a mulher no lar versus o homem no trabalho” (p. 246), como também a mulher responsável pelos cuidados com o filho versus o homem responsável pelo provimento financeiro, e ainda a morte no hospital versus a vida em casa.

Os dados da presente pesquisa confirmam a articulação entre as antinomias, ou temas, na construção de outras noções. A unidade hospitalar maternidade é concebida como um espaço reservado à vida e não à morte e, portanto, um lugar de alegria e não de tristeza. Por outro lado, a forma como interpretam uma UTI,

estará ancorada na noção de hospital como lugar de morte, um lugar triste. Vale lembrar que essas noções geradas a partir de temas arraigados na memória coletiva também estão impregnadas de emoções elaboradas e compartilhadas pelo grupo social.

Além dos afetos vinculados ao conhecimento do passado, as interações decorrentes da experiência vivenciada também podem ser geradoras de outros sentimentos, propiciando a perpetuação ou a transformação de certos conteúdos. Assim, as emoções e o vínculo afetivo tanto atuam na seleção e permanência de elementos representacionais, como também podem propiciar à representação uma nova configuração.

Levando em consideração essas questões, e ainda considerando que as emoções são moldadas e reguladas por meio da interação com o outro (Parkinson, 1996), uma vez que as emoções do outro também têm ressonância no próprio indivíduo e fazem-no pensar sobre suas próprias emoções, pode-se imaginar que um diálogo entre casais e equipe, que seja permeado por afeto e respeito, propicia o surgimento de sentimentos tais como segurança e competência nos pais, possibilitando a ressignificação da experiência dolorosa vivenciada. O contato com outros casais, principalmente com os que já passaram pelo período inicial de choque e que já fortaleceram sentimentos como a esperança, também pode ajudar os pais e mães a desenvolverem ou fortalecerem sentimentos que permitam, inclusive, a adoção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

As estratégias de enfrentamento (*coping*) procedem de uma avaliação da situação estressora, e nesse processo avaliativo recorre-se aos significados partilhados socialmente, como as representações sociais de gênero. Algumas estratégias de enfrentamento como, por exemplo, o controle emocional e a negação foram utilizadas com mais frequência pelos pais, indicando que podem estar articuladas à representação social de homem, que, entre os participantes, está ancorada no modelo tradicional de masculinidade. O controle das emoções e a negação de problemas seria um comportamento adequado e esperado para o “homem de verdade”.

A estratégia resolução de problema, especificamente o buscar estar perto do filho e assim tentar cuidar dele, apesar das limitações, foi identificada como caracteristicamente feminina. Os pais também buscavam contato, mas a forma de interagir geralmente era diferente. Alguns pais muitas vezes tinham medo de tocar na criança e assim adotavam a estratégia de evitação comportamental. A crença de que a mãe é a principal responsável e a pessoa mais adequada para realizar os cuidados com os bebês, presente nas representações sociais da maternidade, provavelmente direcionou a adoção de algumas estratégias dos casais. A procura dos pais por suporte de familiares femininos também indica que os cuidados com a casa e com os outros filhos necessitava de ajuda feminina.

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos casais são determinadas não apenas pela situação da prematuridade do recém-nascido, que suscita vários sentimentos, mas pelas representações sociais de gênero que os sujeitos compartilham e pelas representações sociais de outros objetos sociais relevantes

que vão sendo forjadas no contexto específico da UTIN. As representações atuam na interpretação da nova realidade, transformando o estranho em familiar e guiando os comportamentos dos sujeitos frente à nova situação. Contudo, os aspectos cognitivos não são os únicos fatores atuantes na interpretação da situação-problema. Também fazem parte desse processo avaliativo ou de interpretação as experiências subjetivas passadas e atuais que são carregadas de afeto. As emoções e afetos que permeiam as interações sociais que ocorrem ao longo da experiência vivenciada também influenciam a interpretação da situação estressante, contribuindo para uma visão mais positiva ou mais negativa da realidade, direcionando a adoção de determinadas estratégias de enfrentamento. Logo, as práticas que os sujeitos adotam não estão articuladas simplesmente a uma rede de significados construídos no percurso da vida, mas a uma rede de significados e emoções que se alimentam ou se transformam pelas interações afetivas atuais com o Outro.

Alguns objetos sociais são altamente investidos de afeto, como é o caso da maternidade. Como as representações sociais servem não apenas para interpretar uma realidade já existente, mas também para criá-la (uma vez não havendo proximidade com o objeto), elas geram expectativas em torno do que é ser mãe, por exemplo. Diante da vivência de uma maternidade que foge ao *script* imaginado, como a maternidade “prematura”, surgem outros sentimentos como a tristeza, o medo e a culpa. Estes novos sentimentos também direcionam a adoção de certas estratégias de enfrentamento, como a reestruturação cognitiva, que por sua vez, podem modificar as representações sociais ao incorporar elementos mais

positivos ou a aceitação da situação problema. Entretanto, como a maternidade é muito valorizada e suas representações ainda carregam valores, conteúdos arcaicos e fortemente enraizados no pensamento social (Trindade, 1998; Santos, Novelino e Nascimento, 2001; Moura e Araújo, 2004), essas representações são difíceis de serem transformadas. Sendo assim, as estratégias de enfrentamento vão ser guiadas tanto pela representação social da maternidade, quanto pelos novos sentimentos que a inesperada experiência fez emergir.

Em outras situações cotidianas não consideradas como situações de crise, a dimensão cognitiva das representações sociais parece prevalecer sob a dimensão afetiva, no que se refere orientação das práticas sociais dos indivíduos. No entanto, quando um acontecimento inesperado coloca em risco algo importante e desejado para os indivíduos, as emoções que surgem parecem direcionar o percurso dos processos cognitivos e comportamentais. Como exemplo, pode-se citar o bloqueio de algumas informações sobre o diagnóstico ou os motivos fantasiosos utilizados para justificar a não recuperação do bebê.

Em uma situação inesperada e difícil como o nascimento de um filho prematuro, os casais vivenciam um turbilhão de sentimentos, em sua maioria, negativos. Assim, fortes sentimentos estão presentes em suas falas, pensamentos e ações e representam também uma forma de comunicar ao Outro o que está sendo vivenciado. Parkinson (1996) destaca que as expressões emocionais são atos comunicativos direcionados a uma audiência particular, a alguém. Dessa forma, as palavras, os gestos, e as estratégias de enfrentamentos dos casais são formas de comunicar o que se sente. Desconsiderar as emoções dos casais seria

fechar uma via importante de comunicação, a via afetiva. Infelizmente a realidade de alguns hospitais tem demonstrado que nem sempre a família tem seus direitos assegurados, pois muitas vezes são mal atendidas ou excluídas do processo terapêutico de seus filhos.

Vários avanços foram obtidos na assistência ao recém-nascido e sua família como reflexos da preocupação do Ministério da Saúde em humanizar o atendimento hospitalar. Assim, novas propostas surgiram como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar em 2000 que foi substituído posteriormente por uma política de assistência denominada Humaniza SUS (Deslandes, 2004). Tais propostas reforçaram, como destacam Mosch e Aragão (2006), o direito de crianças e adolescentes à visita de mães e pais em unidades pediátricas e neonatais, garantido em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. O Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, proposto em 1990 - também significou um avanço no atendimento ao bebê prematuro, ampliando a participação familiar no período de internação do neonato.

A noção de humanização, segundo Deslandes (2004) tem sido empregada para designar uma forma de “assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais” (p.8). A partir de análise do discurso oficial produzido pelo Ministério da Saúde, a autora identificou três eixos discursivos referentes à humanização: humanização como oposição à violência física e psicológica (maus-tratos, não compreensão das demandas e expectativas

dos usuários); humanização vista como a capacidade de oferecer um atendimento de qualidade ao se articular avanços tecnológicos e bom relacionamento e; humanização como uma via para a melhoria das condições de trabalho do cuidador. Os documentos indicam de um modo geral, ainda segundo Deslandes (2004), deficiência do diálogo entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, o que a faz concluir que a humanização tem como diretriz central a ampliação do processo comunicacional. Entretanto, segundo essa autora as questões sociológicas concernentes à deficiência dialógica não são problematizadas:

“Se o ser humano é potencialmente capaz de compreender outro ser humano, porque ambos são dotados de linguagem, o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status podem constituir fortes impeditivos ao diálogo”(p.11).

O debate suscitado por Deslandes (2004) contribui para a análise das dificuldades enfrentadas cotidianamente nas diversas UTINs do Brasil. Mesmo considerando positiva e necessária a proposta do governo de humanização da assistência hospitalar, as dificuldades na efetivação do cuidado humanizado ainda são inegáveis e diariamente visíveis em diversas unidades hospitalares. Os fatores sociais que atuam na mediação das interações sociais, apontados por Deslandes (2004), são fundamentais e determinantes de obstáculos e sofrimento não apenas por parte dos usuários da saúde, como também da categoria profissional. Diante disso, para que as dificuldades de diálogo entre casais e equipe possam ser compreendidas, como discutido na presente pesquisa, deve-se

recorrer a uma análise que privilegie os fatores psicossociais envolvidos nas relações. A negligência com o outro se inicia na própria instituição de saúde ao não fornecer condições adequadas de trabalho, por exemplo. As relações de poder entre médicos e enfermeiros também propiciam a deficiência ou insuficiência do diálogo horizontal entre tais categorias. A dificuldade em manter o diálogo horizontal nas práticas cotidianas afeta também a qualidade das relações entre equipe de saúde e usuários, causando sofrimento àqueles que necessitam de cuidados médicos.

O modelo biologista, ainda presente na formação dos profissionais de saúde, valoriza a linguagem médica e desvaloriza os conhecimentos dos usuários das instituições de saúde a respeito de sua doença e seus sentimentos. Devido ao saber científico que possuem, os profissionais de saúde se apropriam de um *status* inquestionável que orienta as condutas médicas e relações sociais no âmbito hospitalar. Muitos pacientes conferem autoridade aos médicos devido ao reconhecimento deste saber e assim seguem as recomendações, sem muitas vezes refletirem sobre a adequação destas. Como consequência dessa relação vertical tem-se o sofrimento de vários usuários que poderia ser evitado se fossem estabelecidas formas de cuidado onde o respeito e o diálogo prevalecessem.

Os profissionais de uma forma geral também possuem representações, crenças, valores e estereótipos que muitas vezes guiam suas práticas profissionais. A prática de prescrição de comportamentos às mães e aos pais está orientada pelas representações acerca da maternidade e da paternidade, que, na maioria das vezes, remetem às relações de gênero tradicionais. Como

consequência deste processo, os profissionais contribuem para aumentar a carga das mães, uma vez que elas geralmente são percebidas como principais responsáveis pelo filho, e para a exclusão dos pais, já que estes são limitados muitas vezes à tarefa de prover suas famílias e, portanto, tratados como coadjuvantes, como discutido anteriormente. Nesse sentido, concorda-se com Trindade (1998) que destaca que a influência das representações sociais e estereótipos na postura de profissionais da saúde delinea-se como um problema delicado, pois a clientela encontra-se fragilizada e mais vulnerável às idiossincrasias do profissional.

A proposta de uma relação dialógica horizontal, que respeita o usuário e incentiva sua autonomia na experiência de adoecimento, implica dar voz ao paciente e sua família, para que eles possam falar e se posicionar frente ao tratamento a ser realizado. A investigação das representações sociais que os usuários possuem a respeito de variados objetos sociais ajuda a compreender como eles significam seus processos de adoecer e suas experiências nos serviços de saúde. Também possibilita compreender as práticas que são adotadas ou recusadas durante o processo terapêutico. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais pode ser profícua no resgate da visão do ser humano em suas dimensões biopsicossociais, como propõe o Humaniza SUS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias questões sobre a experiência de ter um filho internado em uma UTIN foram apontadas e trazidas para discussão ao longo da análise dos fenômenos identificados. Entretanto, tendo em vista a complexidade de fatores que constituem a experiência dos casais, provavelmente várias questões necessitem de explorações mais aprofundadas por parte de pesquisadores da área.

Estudar a parentalidade prematura a partir de uma perspectiva psicossocial possibilitou a reflexão sobre vários processos implicados nesta situação peculiar. Processos estes que, para além de constituírem-se como meramente individuais, resgatam a influência dos contextos sócio-culturais dos atores envolvidos.

Por meio da identificação dos elementos das representações sociais de maternidade e de paternidade pôde-se compreender o sentido de algumas práticas, pensamentos e sentimentos dos casais, cuja gênese pode ser identificada na história. Como exemplos, temos o fato dos cuidados com os recém-nascidos serem realizados geralmente pelas mães; o sentimento de despreparo dos pais para desempenhar ações como tocar, manusear o recém-nascido; a preocupação masculina em prover sua família; sentimentos de frustração, choque e impotência dos casais e; esperança em poder concretizar a família no futuro.

Além disso, foi possível também compreender melhor a dinâmica das representações sociais em uma situação inesperada e de crise para alguns participantes. As representações sociais de maternidade e de paternidade, que se articulam com outras representações como as de filho e de família, tecem o desejo

e as expectativas relacionadas à parentalidade; atuam diretamente na interpretação da situação inesperada de prematuridade do recém-nascido; acarretam o surgimento dos sentimentos diante da não concretização de uma realidade conforme era esperada e orientam as ações (o que inclui as estratégias de enfrentamento). Contudo, não se trata de um processo unilateral, pois as representações sociais sofrem constantemente influências do contexto, das relações que são estabelecidas neste, e das particularidades dos participantes. Durante os dias de internação, e por meio das comunicações entre os atores que convivem no contexto hospitalar, por exemplo, alguns casais puderam construir e transformar a representação social de UTIN com o propósito de poder lidar melhor com a situação.

Percebeu-se também o papel da dimensão emocional e afetiva das representações sociais, muito mencionado apesar de ainda pouco investigado pelos teóricos das representações sociais. Como discutido anteriormente, os afetos e as emoções influenciam o processo de seleção das informações, a manutenção e as transformações das representações sociais. As emoções e os afetos que surgem nesse processo estão ligados a significados sociais antigos, como o medo da morte, mas também surgem como conseqüências da relação entre equipe e casal, como o sentimento de indignação e a raiva por estar sendo mal-atendido.

A realização de estudos no campo da saúde a partir da Teoria das Representações Sociais permite mostrar o papel do contexto sócio-cultural na investigação das experiências dos sujeitos no campo da saúde. Procurou-se,

portanto, compreender o sofrimento, as dificuldades e as preocupações dos casais considerando que tais questões estão vinculadas aos significados construídos em determinados contextos. Esses significados, por sua vez, carregam valores, crenças, sentimentos compartilhados e reforçados pelos grupos nos quais os sujeitos estão inseridos. Eles ainda se ancoraram em sistemas simbólicos do passado. Em se tratando de família, é inquestionável a influência das “novas” concepções de criança, de maternidade e de família construídas e legitimadas no século VXIII, como discute Giddens (1993) e Rocha-Coutinho (1994). Séculos após ainda se evidencia os resquícios dessas transformações. A identificação dos elementos representacionais da maternidade e paternidade e a investigação dos *themata* permitiram vislumbrar tais influências do pensamento social nos pensamentos, práticas, sentimentos e interações de pais e mães.

A discussão sobre as articulações entre estratégias de enfrentamento e representações sociais possibilitou aprofundar a investigação sobre os processos psicossociais peculiares à situação de prematuridade, contribuindo tanto para a TRS quanto para os estudos sobre *coping*. As estratégias de enfrentamento modificam as representações, assim como as representações sociais orientam a adoção das estratégias de enfrentamento. Parece que alguns estudos sobre *coping* ainda se centram nos aspectos individuais desconsiderando a importância do contexto social, que deve ser analisado não como pano de fundo, mas como constituinte dos processos subjetivos. Como debate Jodelet (2006), as dimensões sociais não podem ser apenas consideradas como variáveis externas “intervindo com os antecedentes ou com os reguladores das estratégias adotadas pelos

indivíduos para assegurar ou restaurar sua saúde, para enfrentar suas doenças” (p. 78).

Durante a análise percebeu-se que as relações entre equipe e casais dificultavam ou amenizavam o sofrimento de pais e mães desde o início da internação dos recém-nascidos. O conteúdo das informações e as expressões emocionais e afetivas da equipe contribuíram para a interpretação da nova realidade, para evocação ou amortização de alguns pensamentos e sentimentos, influenciando a dinâmica das representações sociais dos casais (transformando-as ou reforçando-as) e direcionando algumas estratégias de enfrentamento. A equipe possui um papel fundamental de suporte e orientação que muitas vezes é negligenciado pelos profissionais. Não se percebe também que muitas orientações são dadas sem a compreensão dos diversos fatores envolvidos na situação de parentalidade prematura. As mães sutilmente, ou às vezes não tão sutilmente, se viam “obrigadas” a permanecerem no hospital durante muito tempo. Muitas prescrições dos profissionais se pautavam em modelos tradicionais de maternidade e paternidade, modelos estes muitas vezes desvinculados da realidade concreta das mães e pais, modelos forjados no plano do ideal.

Comparando os cuidados dispensados aos pais e às mães, percebeu-se uma atenção maior às mulheres. As informações eram geralmente dirigidas a elas e o atendimento psicológico, caso necessário, era voltado às mães. Somente em uma das instituições pesquisadas foi possível verificar o atendimento ao casal, e apenas diante da morte de um recém-nascido prematuro. Considerando a ênfase dada à díade mãe e filho, percebe-se que os pais pareciam ser considerados

coadjuvantes ao longo da experiência. A ausência de cuidados e orientações voltados aos pais leva à retomada das discussões em torno da exclusão dos homens (Schraiber, Gomes & Couto, 2005) ou, especificamente, dos pais nos serviços de saúde (Resende & Alonso, 1995; Siqueira, 1999, Barros e Trindade, 2003).

O bem-estar que os participantes sentiram ao se perceberem acolhidos pelos profissionais os ajudou a suportar o contexto aversivo da UTIN. Alguns procuraram se dirigir àqueles com quem tinham mais afinidade afetiva e por meio das conversas tinham fortalecidas suas esperanças. Infelizmente, devido à necessidade de procedimentos rápidos e cuidados constantes na UTIN, e também dependendo da disponibilidade pessoal de cada profissional, nem sempre foi possível o estabelecimento de relações mais próximas. Além do mais, como os cuidados eram direcionados geralmente pelo modelo biomédico, poucos profissionais compreendiam a necessidade de atender os casais e compreender a complexidade da situação de prematuridade para os pais e mães.

A adesão dos casais a esta pesquisa, assim como suas avaliações positivas sobre a entrevista, uma vez que ela possibilitava um espaço para que eles pudessem expressar suas dores e então falassem sobre a experiência que vivenciavam, denunciavam a necessidade de atenção aos pais e mães nesta situação peculiar. Ao avaliarem a entrevista, muitos falaram sobre a falta de espaço para conversarem, desabafarem ou mesmo para realizarem atividades que pudessem distraí-los e ajudar a enfrentar a situação.

Espera-se que as questões refletidas sobre a vivência dos casais na UTIN possam alertar para a necessidade de intervenções no âmbito da saúde que considerem a interface entre as ciências humanas, biológicas e sociais, como incentiva o Ministério da Saúde ao propor uma atuação que resgate as dimensões biopsicossociais do ser humano.

A proposta da *Grounded Theory*, por exigir árdua reflexão e apreensão de diversos detalhes e processos implicados na vivência dos casais, permitiu a articulação das dimensões cognitivas, afetivas e sociais inerentes aos processos subjetivos dos participantes. Diante dessa constatação, essa proposta metodológica parece ser profícua e adequada aos estudos na área da Psicologia.

Espera-se que o material discutido possa servir de base para a elaboração de propostas de intervenção voltadas aos pais e mães que inesperadamente tiveram suas vidas e sonhos abalados pela prematuridade de seus filhos. E que estas propostas procurem ajudar tanto as mães quanto os pais, a enfrentarem a situação e aprenderem, caso a vida dê oportunidade, a exercerem seus papéis parentais. Também se espera que as intervenções fortaleçam os vínculos entre os genitores e seus bebês, contribuindo assim para a recuperação e desenvolvimento dos recém-nascidos.

5. REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 295-317). Goiânia: Editora AB.
- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1990). Mothers, fathers, and the crisis of newborn intensive care. *Infant Mental Journal*, 11, 12-20.
- Alfaya, C., & Shermann, L. (2001). Depressão materna em mães de recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32, (1), 115-129.
- Amaral, V. L. A. R., & Magna, L. A. (1999). Satisfação conjugal de casais com filhos portadores de deformidades faciais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (2), 143-147.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation: Enjeux théorico-méthodologiques. In J. C. Abric (Dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp.13-35). Saint-Agne: Éditions Érès.
- Ariés, P. (1981). *História social da criança e da família* (2ª ed., D. Flaksman, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Arruda, A. (2002). Novos significados da saúde e as representações sociais. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 10 (2), 215-227.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno* (5ª ed., W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Baldini, S. M. (2001). *Avaliação das reações dos pais à internação do filho em uma unidade de terapia intensiva e desenvolvimento de uma proposta de apoio psicológico*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Banchs, M. A. (1995). O papel da emoção na representação do self e do outro em membros de uma família incestuosa. In S. T. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.). *Novas Veredas em Psicologia Social* (pp.97- 113). São Paulo: Brasiliense: EDUC.
- Banchs, M. A. (1996). El papel de la emoción em la construcción de representaciones sociales: invitacion para uma reflexion teórica. *Papers on Social Representations*, 5 (2), 113 -125.
- Barros, S. M. M., & Trindade, Z., A. (2003). *Padecendo no paraíso: Representações sociais da maternidade e paternidade para mães com filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)*. Em III Jornada Internacional e I Conferência sobre Representações Sociais. Setembro, Rio de Janeiro: Textos completos (CD ROM). Rio de Janeiro.
- Bazon, F. V. M., Campanelli, E. A., & Blascovi-Assis, S. M. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 6 (2), 89-99.
- Bloch, R. H. (1995). *Misoginia medieval e a invenção do amor romântico ocidental*. Rio de Janeiro: Editora 34.

- Borlot, A. M. M., & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 63-70.
- Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Os primeiro dias na UTI. In M. E. L. Moreira; N. A. Braga & D. S. Morsch. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 51- 68). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações* (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brow, J. & Barker, G. (2004). Global diversity and trends in patterns of fatherhood. In J. Brown; G. Barker, D. Bartlett, T. Beardshaw, A. Burgess, M. Lamb, C. Lewis, G. E. Russel & N. Vann. *Supporting Fathers: contributions from the international fatherhood summit 2003* (pp.16.43). Bernard Van Leer Foundation.
- Buarque, V., Lima, M. C., & Scott, R. P. (2006). O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *Jornal de Pediatria*.82 (4), 295-301.
- Bullington, J., & Karlsson, G. (1984). Introduction to phenomenological psychological research. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, 51-63.
- Campos, P. H. F., & Rouquette, M-L. (2003) Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 435-445.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: E.P.U.

- Carter, M., & Miles, M. (1989). The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Maternal-Child Health Nursing Journal*, 18 (3), 187-198.
- Cassiani, S. H. B., Caliri, M. H. L., & Pelá, N. T. R. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 75-88.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (pp. 81-110). London: Sage.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2005). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de psicologia*, 11 (2), 209-216.
- Compas, B. E. (1997). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Corneau, G. (1991). The Absent Father. In G. Corneau. *Absent fathers, lost sons: The search for masculine identity* (pp.7-38). Boston: Shambhala Publications.
- Costa, J. (1993). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Costa, R. G. (2002). Reprodução e gênero: Paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Estudos Feministas*, 2, 339-356.
- Costain Schou, K., & Hewison, J. (1998). Health psychology and discourse: personal accounts as social texts in grounded theory. *Journal of Health Psychology*, 3 (3), 297-311.
- Cox, C. L., & Bialoskusi, M. (2001). Neonatal intensive care: communication and attachment. *British Journal of Nursing*, 10 (10), 668-676.

- Del Priore, M. (1993). *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: EdUnB.
- Del Priore, M. (2000). *Mulheres no Brasil Colonial*. São Paulo: Contexto.
- Deslandes, S. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, 9 (1), 7-14.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-23.
- Dimenstein, M. (1999). (Des)caminhos da formação profissional do psicólogo no Brasil para a sua atuação no campo da saúde pública. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 1 (1), 17- 24.
- Dollahite, D. C. (2003). Fathering for eternity: generative spirituality in Latter-day Saint Fathers of children with special needs. *Review of religious research*, 44 (3), 237-251.
- Dollahite, D. C. (2004). A narrative approach to exploring responsible involvement of fathers with their special-needs children. In R. D. Day & M. E. Lamb. *Conceptualizing and measuring father involvement* (pp.109-127). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Doucette, J., & Pinelli, J. (2004). The effects of family resources, coping, and strains on family adjustment 18 to 24 months after the NICU experience. *Advances in Neonatal Care*, 4 (2), 92-104.

- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp.35-54). Salvador: Ágalma.
- Duveen, G. (1994). Unanalysed residues: representations and behaviours – A comment on W. Wagner. *Papers on Social Representations*, 3 (2), 1-6.
- Eberly, T., Miles, M., Carter M., Hennessey J., & Riddle I. (1985). Parental Stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. *Critical Care Quartely*, 8 (1), 57-65.
- Echabe, A. E., Guillen, C . S., & Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health promoting behavior. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 339-349.
- Enumo, S. (2003). Pesquisas sobre Psicologia e Saúde: Uma proposta de análise. In Z. A. Trindade & A. N. Nobre (Orgs.), *Psicologia e Saúde: Um campo em construção* (pp.11-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Farr, R. M. (2000). *As Raízes da Psicologia Social Moderna* (P. A. Guareschi & P. V. Maya, Trads.). Petrópolis: Vozes.
- Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: IEP/UMINHO.

- Fidalgo, L. (2003). *(Re)construir a maternidade: Uma perspectiva discursiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). A analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkmann, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 145-174.
- Freitas, M. T. A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, 116, 21-39.
- Fuller, N. (2000). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. In N. Fuller (Ed.). *Paternidades em América Latina*. Lima: Pontifícia Universidad Católica del Perú.
- Gaíva, M. A. M. (2006). O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: Em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enfermagem*, 11(1), 61-66.
- Gaíva, M. A. M., & Ferriani, M. G. C. (2001). Prematuridade: Vivências de crianças e familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14 (1), 17-27.
- Gaíva, M. A. M., & Scochi, C. G. S. (2004). Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 469-76.
- Galano, M. H. (1995). As emoções no interjogo grupal. In: S. T. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), *Novas Veredas em Psicologia Social* (pp.147-156). São Paulo: Brasiliense: EDUC.

- Galé, G., Franck, L. S., Kools, S. & e Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 51-58.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (M. Lopes, Trad.). São Paulo: Editora UNESP.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glat, R., & Duque, M. A. T. (2003). *Convivendo com filhos especiais: O olhar paterno*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Gomes, M. M. F. (1992). *Ter o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: O significado para os pais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Haines, C., Perger, C., & Nagy, S. (1995). A comparison of the stressors experienced by parents of intubated and non-intubated children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 350-355.
- Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: A comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 141-150.
- Heilborn, M. L. (1995). O que faz um casal, casal? Conjugalidade, igualitarismo e identidade sexual em camadas médias urbanas. In I. Ribeiro & A. C. Ribeiro

- (Orgs.), *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira* (pp.91-106). São Paulo: Loyola.
- Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a Prática Pediátrica em Diferentes Contextos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 364-374.
- Holanda, S. A. R. (2004). Bebês prematuros na UTI: A maternidade em questão. *Estilos de clínica*. 9 (16), 58-69.
- Hrды, S. B. (2001). Da servidão humana. In *Mãe natureza: Uma visão feminina da evolução: Maternidade, filhos e seleção natural* (A. Cabral, Trad., pp.504-530). Rio de Janeiro: Campus.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (L. Ulup, Trad., pp.17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2006). A presença da cultura no campo da saúde. In A. M. O. Almeida; M. F. S. Santos; G. R. S. Diniz, Z. A. Trindade (Orgs.) *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais* (pp.75-109). Brasília: Editora UnB.
- Jovchelovitch, S. (1998). Representações sociais: Para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia e Sociedade*, 10 (1), 54-68.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Kaës, R. (2001). Psicanálise e representação social. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (L. Ulup, Trad.), (pp.67-90). Rio de Janeiro: EdUERJ.

- Kelle, U. (2002). Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., pp. 393-441). Petrópolis: Vozes.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1992). *Pais/bebê: A formação do apego* (M. H. Machado, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. M. (2000). Malformações no nascimento e vínculo. In M. H. Klaus, J. M. Kennell & P. M. Klaus, *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência* (M. R. Hofmeister, Trad., pp. 151-164). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 277-284.
- Knapp, P., Caminha, R. M. (2007). Terapia cognitiva do transtorno do estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de. Psiquiatria*, 25 (1) , 31-36.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lamb, M. E., & Tamis-LeMonda, C. (2004). The role of the father: An introduction. In M. E. Lamb (Ed.). *The role of the father in child development* (4^a ed, pp.1-31.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lamontaigne, L., & Pawlak, R. (1990). Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart Lung*, 19, 416-421.

- Lamontaigne, L., Johnson, B., & Hepworth, J. (1995). Evolution of parental stress and coping processes: A framework for critical care practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 10 (4), 212-218.
- Lane, S. T. M. (1995). Usos e abusos do conceito de Representação Social. In M. J. Spink (Org.). *O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Langdridge, D. (2004). Grounded Theory. In D. Langdridge. *Research methods and data analysis in psychology* (pp.293-306). Harlow: Person Education.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patients, Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Lewis, C. (1986). *Becoming a father*. Oxford: Open University Press.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério* (14^a. ed.). São Paulo: Saraiva.
- Maridaki-Kassotaki, K. (2002). Understanding fatherhood in Greece: Father's involvement in child care. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 213-219.
- Marková, I. (2006). Entendendo *themata* e gerando representações sociais. In I. Marková. *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente* (H. M. Filho, Trad.), (pp. 243-275). Petrópolis: Vozes.
- Martinez, J. G.; Fonseca, L. M. M. & Scochi, C. G. S. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: Significados atribuídos pela equipe de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (2), 239-246.

- Martins, S. W. (2002). *Uma possível visão dos médicos de UTIN sobre o desenvolvimento do prematuro*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- McVeigh, C. A., & Baafi, M. (2002). Functional status after fatherhood: An Australian study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(2), 165-171.
- Miles, M., & Carter, M. (1985). Coping strategies used by parents during their child's hospitalization in an intensive care unit. *Children's Health Care*, 14, 12-21.
- Morsch, D. S., & Aragão, P. M. (2006). A criança, sua família e o hospital: Pensando processos de humanização. In S. F. Deslandes (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas* (pp. 235-260). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra publicada originalmente em 1961).
- Moscovici, S. (2003). Prefácio. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (8ª. ed., pp. 7-25). Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: investigações em psicologia social* (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Moura, S. M. S. R., & Araújo, M. F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (1), 44-55.

- Noyes, J. (1998). A critique of studies exploring the experiences and needs of parents of children admitted to paediatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 134-141.
- Nyström, K., & Axelsson, K. (2002). Mothers' experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 31(3), 275-282.
- Oliveira, I. (1998). *Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: A experiência da mãe acompanhante*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, SP.
- Orlandi, R. (2006). *Paternidades nas adolescências: investigando os sentidos atribuídos por adolescentes pais à paternidade e às práticas de cuidado com os filhos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 251-254.
- Paiva, G. J. (2007). Religião, enfrentamento e cura: Perspectivas Psicológicas. *Estudos de Psicologia*, 24 (1), 99-104.
- Parkinson, B. (1996). Emotions are social. *British Journal of Psychology*, 87, 663-683.
- Parseval, G. D. (1986). *A parte do pai* (T. C. Stummer, Trad.), Porto Alegre: L&PM.

- Pelchat, D., Ricard, N., Bouchard, J-M, Perreault, M., & Saucier, J-P. (1999). Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child: Care, Health and Development*, 25 (4), 77-397.
- Pereira, A. D. H. C., & Martins, J. B. (1998). Ansiedade de pais de crianças portadoras de síndromes: Um estudo exploratório. In M. C Maequezine.et al (Orgs.), *Perspectivas multidisciplinares em educação especial* (pp.147-150). Londrina:Ed. UEL.
- Pergher, G. K., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L. M., & Stein, L. M. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria*, 28 (1), 61-68.
- Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; Moreira, L. E. & Lopes, R. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: teoria e pesquisa* 20 (3), 223-232.
- Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretative phenomenological study. *Advances in Neonatal Care*, 5 (4), 204-216.
- Pollock, C. A., Bustamante-Forest, & R., Giarratano, G. (2002). Men of diverse cultures: Knowledge and attitudes about breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynechologic, and Neonatal Nursing*, 31 (6), 573-579.
- QSR International. (2002). N6 reference guide. Melbourne: QSR International.
- Reichert, A. P. S, Lins, R. N. P., & Collet, N. C. (2007). Humanização do cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (1), 200-213.
- Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>

- Repetti, R. L. (1991). Social withdrawal as a short-term coping response to daily stressors. In H. S. Friedman (Ed.) *Hostility, coping & health* (pp.151-165). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Resende, A. L. M., & Alonso, I. L. K. (1995). O perfil do pai cuidador. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 5 (1/2), 66-81.
- Ridenti, S. G. U. (1998). A desigualdade de gênero nas relações parentais: O exemplo da custódia dos filhos. In M. Arilha, S. G. U. Ridenti & B. Medrado (Orgs), *Homens e masculinidades: outras palavras* (pp.163-184). São Paulo: ECOS.
- Rocha-Coutinho, M. L. (1994). *Tecendo por trás dos panos: A mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Rodrigues, M. M. P. (2000). Quem tem mãe tem tudo: os pais e o desenvolvimento de crianças e jovens. In H. A. Novo & M. C. S. Menandro, *Olhares diversos: Estudando o desenvolvimento humano* (pp.143-156). Vitória: UFES. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: CAPES, PROIN.
- Rodrigues, M. M. P., & Trindade, Z. A. (1999). Em nome do pai e do filho: Relações afetivas e instrumentais. In P. R. M. Menandro, Z. A. Trindade & E. B. Borloti (Orgs.), *Pesquisa em Psicologia: Recriando métodos* (pp.125-139). Vitória: UFES. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: CAPES. PROIN.
- Rolim, K. M. C. & Cardoso, M. V. L. M. L. (2006). O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1):85-92.

- Romanelli, G. (2002). Autoridade e poder na família. In M. C. B. Carvalho (Org.). *A família contemporânea em debate* (4^a. ed., pp.73-88). São Paulo: EDUC/Cortez.
- Rosa, E. Z., & Andriani, A. G. P. (2002). Psicologia sócio-histórica: Uma tentativa de sistematização epistemológica e metodológica. In E. M. P. Kahhale (Org.) *A diversidade da Psicologia: Uma construção teórica* (pp.259-288). São Paulo: Cortez.
- Rossato-Abede, L. M. & Angelo, M. (2002). Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (1), 48-54.
- Rotundo, E. A. (1985). American fatherhood. A historical perspective. *American Behavioral Scientist*, 29 (1), 7-25.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. In A. S. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de Representação Social* (pp.39-46). Goiânia: Editora AB.
- Sá, C. P. (1998) *Núcleo central das Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Sampaio I. T. A. (2007). Práticas educativas parentais, gênero e ordem de nascimento dos filhos: atualização. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(2), 144-452.
- Samuelsson, M., Radestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: father's experience of losing a child before birth. *Birth*, 28 (2), 124-130.

- Santos, M. F. S., Novelino, A. M., & Nascimento, A. P. (2001). O mito da maternidade: Discurso tradicional sob roupagem modernizante? In A. S. P. Moreira (Org.), *Representações sociais: Teoria e prática* (pp.269-293). João Pessoa: Editora Universitária.
- Sarti, C. A. (1996). A família como universo moral. In C. Sarti, *A família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres* (pp.35-63). Campinas: SP Autores Associados.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 403-411.
- Scochi, C. G. S., Brunherotti, M. R., Fonseca, L. M. M., Nogueira, F. S., Vasconcelos, M. G. L. & Leite, A. M. (2004). Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 12 (5), 727-735.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P, Riul, M. J. S, Rossanez, L. S. S, Fonseca, & L. M. M, Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-43.
- Scortegagna, S. A., Miranda, C. A., Morsch, D. S., Carvalho, J. Biasi & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (2), 61-70.
- Silva, S., Pires, A. Gonçalves, M., Moura, M. J. (2002). Cancro Infantil e comportamento Parental. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3 (1), 43-60.

- Silveira, P. (1998). O exercício da paternidade. In P. Silveira (Org.). *Exercício da paternidade* (pp. 27-53). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simão, A. B., Miranda-Ribeiro, P., Caetano, A. J., César, C. C. (2006). Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: Evidências quantitativas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 23 (1), 151-166.
- Siqueira, M. J. T. (1990). Novas formas de paternidade: Repensando a função paterna à luz das representações sociais. In A. L. Silva, M. C. S. Lago, & T. R. O. Ramos (Orgs.), *Falas de gênero: Teoria, análises, leituras* (pp.187-201). Florianópolis: Editora Mulheres.
- Siqueira, M. J. T., Mendes, D., Finkler, I., Guedes, T., & Gonçalves, M. D. S. (2002). Profissionais e usuárias (os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da Grande Florianópolis: Onde está o pai? *Estudos de Psicologia*, 7, (1) 65-72.
- Souza, A. B. G. (1997). *Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Azevedo, G. D., Jerônimo, S. M. B., Barbosa, L. M. & Souza, N. M. L. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmsia. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5), 704-710.

- Spink, M. J. (1995). Desvendando as teorias implícitas: Uma metodologia de análise das representações sociais. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (pp. 7-25). Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory* (2nd ed). London: Sage Publications.
- Sugano, A. S.; Sigaud C. H. S & Rezende, M. A. (2003). A enfermeira e a equipe de enfermagem- segundo mães acompanhantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (5), 601-607.
- Telford, C. W., & Sawrey, J. M. (1998). Problemas familiares e pessoais das pessoas excepcionais. In *O indivíduo excepcional* (A. Cabral, Trad., pp. 168-213). Rio de Janeiro: LTC.
- Thomaz, A. C. P.; Lima, M. R. T.; Tavares, C. H. F. & Oliveira, C. G. (2005). Relações Afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia* 10 (1), 139-146.
- Toneli, M. J. F., Beiras, A., Lodetti, A. S., Lucca, D., Gomes, M. A., & Araújo, S. A. (2006). Câmbios y permanencias: Investigando la paternidade em contextos de baja renda. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40 (3), 303-312.

- Toth Jr., J. F.; Xu, X. (1999). Ethnic and cultural diversity in fathers' involvement: A racial/ethnic comparison of African American, Hispanic, and White Fathers. *Youth and Society*, 31 (1), 76-99.
- Trindade, Z. A. (1996). Representação social: Modo de conhecer no cenário da saúde. In Z. A. Trindade & C. Camino (Orgs.), *Cognição Social e Juízo Moral* (pp. 45-59). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia – ANPEPP.
- Trindade, Z. A. (1998). *Na teoria as práticas são outras*. Anais do VII Simpósio da ANPPEP. Gramado, RS: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia – ANPEPP.
- Trindade, Z. A. (1999). Concepções arcaicas de maternidade e paternidade e seus reflexos na prática profissional. *Interfaces*, 2 (1), 33-40.
- Trindade, Z. A. (2002). *Representações e práticas sociais: Uma perspectiva sócio-histórica da masculinidade*. Anais do IX Simpósio da ANPEPP. Águas de Lindóia, SP: ANPEPP.
- Trindade, Z. A., Nascimento, A. R. A., Gianórdoli-Nascimento, I. F. (2006). Resistência e mudança: representações sociais de homens e mulheres ideais. In A. M. O. Almeida; M. F. S. Santos; G. R. S. Diniz, Z. A. Trindade (Orgs.) *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais* (pp. 187- 213). Brasília: Editora UnB.
- Trindade, Z. A. (1991). *Representação social da paternidade e da maternidade: implicações no processo de aconselhamento genético*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

- Trindade, Z. A., & Menandro, M. C. S. (2002). Pais adolescentes: vivência e significação. *Estudos de Psicologia* 7 (1), 15-23.
- Tronchin, D. M. R. & Tsunechiro, M. A. (2006). Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 93-101.
- Tronchin, D. M. R. (2003). *A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Vala, J. (2004). Representações sociais: Para uma Psicologia Social do pensamento social. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (6ª. Ed., pp.353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vasconcelos, M. G. L.; Leite, A. M. & Scochi, C. G. (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6 (1), 47-57.
- Viana, V; Guimarães, H.; Maia, T.; Ramos, M.& Mendes, F. (2005). Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 119-130.
- Whitfield, M. F. (2003). Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in Neonatology*, 8, 185-193.

- Woollett, A., & Phoenix, A. (1991). Motherhood: Social construction, politics and psychology. In A. Phoenix, A. Woollett & E. Lloyd (Eds.), *Motherhood: Meanings, practices and ideologies* (pp.13-27). Londres: Sage.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2005). Entrevista reflexiva e Grounded Theory : estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39 (3), pp. 000-000.
- Zucchi, M. Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos da investigação. *Caderno de Saúde Pública*, 15 (1), 89-97.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Caracterização dos participantes

| Nome | Idade | Tempo de União | Escolaridade | Filho | RNP | Religião | Ocupação | Aborto |
|----------|-------|----------------|-------------------------|-------|-----|------------|------------------------------------|-----------|
| Antônio | 28 | 2 anos | Ensino médio completo | 0 | N | Católica | Vendedor de roupas | - |
| Alice | 26 | 2 anos | Ensino médio completo | 0 | N | Católica | Camelô | 0 |
| Bernardo | 35 | 7 anos | Fundamental completo | 2 | N | Não tem | Motorista turismo | - |
| Bianca | 34 | 8 anos | Ensino médio completo | 1 | N | Evangélica | Professora | 0 |
| Carlos | 36 | 3 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Católica | Balconista frios | - |
| Carla | 24 | 3 anos | Ensino médio completo | 0 | N | Católica | Mercadinho | 0 |
| Daniel | 18 | 2 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Não tem | Camelô | - |
| Daniela | 17 | 2 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Católica | Não | 0 |
| Evandro | 34 | 17 anos | Fundamental incompleto | 4 | N | Não tem | Capinador | - |
| Evelin | 26 | 13 anos | Fundamental incompleto | 1 | N | Não Tem | Não | 0 |
| Fernando | 39 | 2 anos | Ensino médio incompleto | 3 | N | Católica | Motorista particular | - |
| Fernanda | 23 | 2 anos | Ensino médio Incompleto | 0 | N | Católica | Não | 1 (prov.) |
| Gabriel | 24 | 1 ano | Ensino médio incompleto | 0 | N | Evangélico | Auxiliar de serviços gerais em UTI | - |
| Gabriela | 27 | 4 meses | Ensino médio completo | 0 | N | Evangélica | Não | 0 |
| Henrique | 27 | 9 anos | Fundamental incompleto | 1 | N | Não tem | Cobrador | - |
| Hilma | 25 | 10 anos | Ensino médio completo | 1 | N | Não tem | Não | 0 |
| Ivo | 20 | 2 anos | Ensino médio incompleto | 0 | N | Evangélico | Padeiro | - |
| Isabel | 20 | 2 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Evangélica | Não | 0 |
| Joel | 26 | Recém-casados | Ensino médio incompleto | 3 | S | Evangélico | Mecânico de refrigeração | - |
| Júlia | 17 | Recém-casados | Ensino médio incompleto | 0 | N | Evangélica | Não | 0 |
| Kauã | 20 | 8 meses | Fundamental completo | 0 | N | Católica | Embalador de frango | - |
| Karla | 20 | 7 meses | Fundamental incompleto | 0 | N | Católica | Não | 0 |

| | | | | | | | | |
|---------|----|----------------|-------------------------|---|---|------------|---------------------------------------|-----------|
| Lúcio | 23 | 5 meses | Fundamental completo | 0 | N | Católica | Tem carros que faz transporte público | - |
| Lúcia | 24 | 3 meses | Ensino médio completo | 0 | N | Católica | Não | 0 |
| Manoel | 27 | 2 anos | Ensino Médio completo | 0 | N | Evangélico | Motorista de supermercado | - |
| Manuela | 22 | 3 anos | ---- | 0 | N | Evangélica | Balconista farmácia | 1 (esp.) |
| Nilson | 37 | 10 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Católico | Servente de construção | - |
| Natália | 30 | 10 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Católica | Agricultora | 0 |
| Otávio | 24 | 1 ano 6 meses | Fundamental incompleto | 0 | N | Católica | Agricultor | - |
| Olívia | 17 | 1 ano 6 meses | Ensino médio incompleto | 0 | N | Católica | Não | 1 (esp.) |
| Pedro | 28 | Recém-casados | Fundamental completo | 0 | S | Não tem | Não | - |
| Paula | 24 | Recém-casados | Fundamental incompleto | 1 | S | Não tem | Não | 0 |
| Roberto | 31 | 1ano e 2 meses | Ensino médio completo | 1 | N | Não tem | Administrador de academia | - |
| Roberta | 23 | 1ano | Ensino médio completo | 0 | N | Católica | Não | 0 |
| Saulo | 33 | 3 anos | Fundamental completo | 2 | N | Católica | Autônomo bar praia | - |
| Sandra | 33 | 3 anos | Fundamental completo | 2 | N | Católica | Autônoma –bar praia | 2 (prov.) |
| Tiago | 33 | 1 ano | Ensino médio completo | 0 | N | Evangélica | Autônomo-refrigeração | - |
| Tânia | 28 | 2 anos | Ensino médio completo | 0 | N | Evangélica | Não | 0 |
| Ulisses | 31 | 2 anos | Fundamental incompleto | 0 | N | Católica | Mecânico | - |
| Úrsula | 25 | 2 anos | ----- | 0 | N | Católica | Doméstica | 0 |

APÊNDICE B – Termo de consentimento (instituição)

TERMO DE CONSENTIMENTO (INSTITUIÇÃO)

PROJETO: Investigando a vivência dos pais de filhos prematuros em situação de alto-risco

RESPONSÁVEL: Doutoranda Sibelle Maria Martins de Barros

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Espírito Santo – Pós-Graduação em Psicologia.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

A maternidade e a paternidade são experiências importantes para algumas mulheres e homens. Vários pais sentem-se realizados com a chegada de um filho. Entretanto, alguns bebês nascem em situação de risco de vida e precisam de atendimento hospitalar após o nascimento. Diante disto, a presente pesquisa tem como objetivo conhecer como os pais experienciam o período de internação do filho prematuro em uma UTI neonatal. Tendo em vista o número de pesquisas com as mães, optamos nesta pesquisa investigar o universo paterno.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS A QUE OS PARTICIPANTES SERÃO SUBMETIDOS

Mediante consentimento do pai e da equipe da UTIN, será realizada uma entrevista individual com o mesmo, contendo questões sobre a experiência de ter um filho internado em uma UTIN de alto-risco. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas integralmente

Fica assegurado o anonimato do participante.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de participação em congressos, em discussões com a equipe de saúde da UTIN onde a pesquisa foi realizada, contribuindo assim para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido sobre maternidade e paternidade na arena da saúde. Espera-se que os resultados possam gerar também subsídios para a reflexão sobre algumas intervenções na área de saúde materno-infantil; para a implementação de projetos de intervenção e também para a elaboração de políticas públicas na área de saúde reprodutiva.

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO

Nome: _____

Cargo: _____

Estando, portanto, de acordo, assinam a responsável pela pesquisa e o representante da instituição o presente termo de compromisso em duas vias.

DATA: ____/____/2004.

Representante da Instituição

Sibelle Maria Martins de Barros
Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE C – Termo de consentimento (participante)

TERMO DE CONSENTIMENTO (Participante)

Concordo em participar do projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

PROJETO: Vivências parentais em uma UTI Neonatal: Uma investigação sob a ótica das representações sociais.

RESPONSÁVEL: Prof^a. Dr^a. Zeidi Araujo Trindade

RESPONSÁVEL PELA COLETA DE DADOS: Doutoranda Sibelle Maria Martins de Barros

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CONTATO: (27) 3335 -2501 (UFES/PPGP)

(81) 9635 9734 (Sibelle Barros)

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

A maternidade e a paternidade são experiências importantes para algumas mulheres e homens. Vários pais sentem-se realizados com a chegada de um filho. Diante desta importância, a presente pesquisa, através da investigação dos significados sobre maternidade e paternidade, tem como objetivo conhecer o que acontece com a mãe e com o pai diante da chegada de um filho com alto risco de vida, que por precisar de maiores cuidados médicos, encontra-se internado em uma UTI neonatal.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AOS QUAIS OS PARTICIPANTES SERÃO SUBMETIDOS

A pesquisa será realizada em duas etapas. Alguns pais da primeira etapa serão convidados a participar da etapa posterior. Na primeira fase será realizada uma entrevista individual com o pai e com a mãe de cada recém-nascido de alto-risco, contendo questões sobre as experiências da maternidade e da paternidade. Mediante consentimento do casal, as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas integralmente. Em um segundo momento, após alguns meses de alta hospitalar da criança, alguns casais serão solicitados para uma nova entrevista com objetivo de compreender como eles perceberam o período de internação do filho prematuro na UTIN e também como eles estão vivenciando a experiência atual. **Fica assegurado o anonimato do participante e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento.**

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de participação em congressos, em discussões com a equipe de saúde da UTIN onde a pesquisa foi realizada, contribuindo assim para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido sobre maternidade e paternidade. Espera-se que a publicação dos resultados em congressos e periódicos científicos possam subsidiar reflexões sobre algumas intervenções na área de saúde materno-infantil; a implementação de projetos de intervenção e também a elaboração de novas políticas públicas na área de saúde reprodutiva.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____

Estando, portanto, de acordo, assinam a responsável pela pesquisa e o participante o presente termo de compromisso em duas vias.

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias:

Participante

Sibelle Maria Martins de Barros

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gravidez/parto

1. A gravidez foi planejada? De que forma?
2. Como foi sua gravidez (a gravidez de sua companheira)?
3. Como foi o parto?
4. Você já sabia da possibilidade de internação do bebê?

Diagnóstico do bebê

5. Em que momento a equipe falou que ele tinha que ir para a UTIN?
6. Por que você acha que seu filho precisou vir para a UTIN?
7. Você lembra o que eles disseram (a equipe) que seu bebê tinha?
8. O que você entendeu?
9. Qual foi a sua reação ao saber da notícia? (O que você sentiu, pensou ou fez?)

Filho

10. Quem fez a primeira visita ao bebê?
11. Quando foi que você o visitou pela primeira vez?
12. E quando você viu seu filho pela primeira vez, o que sentiu ou pensou?
13. Como você pensava que ia ser o seu filho?
14. Você tem alguma preocupação em relação ao seu filho?
15. Houve alguma mudança na sua vida com o nascimento dele? Quais?
16. Você tem alguma preocupação em relação ao desenvolvimento do seu filho?
17. Como você imagina que será o desenvolvimento do seu filho?

Maternidade e paternidade

18. O que você acha que é preciso para ser mãe/pai?
19. Você acha que existe alguma dificuldade em ser mãe/pai? Quais?
20. Você acha que existe alguma diferença entre ser pai e ser mãe?
21. E ser pai e ser mãe nesta situação?
22. Você acha que existe alguma dificuldade em ser pai/mãe nesta situação?
23. Quais são, para você, as coisas boas da maternidade/paternidade?
24. E pensando nesta situação atual, quais são as coisas boas que a maternidade/paternidade tem oferecido para você?
25. Como seu companheiro/companheira recebeu a notícia da internação do filho?
26. O que você espera dele enquanto pai/mãe?
27. Seu companheiro (a) costuma fazer visitas? Com que frequência?

- 28. O que ele (a) faz nessas visitas?
- 29. E você costuma fazer visitas ao bebê?
- 30. Com que frequência?
- 31. O que você faz nessas visitas?
- 32. E como o bebê reage?
- 33. Como ele reagia no começo?

Relacionamento conjugal

- 34. Que mudanças positivas e/ou negativas houve no relacionamento com seu companheiro(a) depois do nascimento do filho?

Estratégias de enfrentamento

- 35. Você gostaria de falar um pouco mais sobre o período de internação do bebê?
- 36. Como você se sente passando por esta experiência?
- 37. Você tem alguma dificuldade? Quais?
- 38. Como você está enfrentando estas dificuldades?
- 39. Você acha bom conversar sobre esse assunto?
- 40. Quem ou o que está te ajudando neste momento?
- 41. Que tipo de ajuda esta pessoa está lhe oferecendo?
- 42. Qual a ajuda que você considera mais importante?
- 43. Você teve alguma dificuldade para dormir, comer, ou algum outro distúrbio orgânico?
- 44. Fez utilização de algum medicamento ou algo para se sentir melhor?